



**IMPLEMENT**

HEALTH SYSTEM RESPONSE  
TO GENDER BASED VIOLENCE

# MANUALE FORMATIVO

**SULLA VIOLENZA DI GENERE PER OPERATORI SANITARI**



With financial support  
from the Rights, Equality  
and Citizenship Programme  
of the European Union



# IMPLEMENT – SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI | JUST/2014/DAP/5361



## Editore:

AÖF - Austrian Women's Shelter Network  
Bacherplatz 10/4, 1050 Vienna, Austria  
Sito web: [www.a oef.at](http://www.a oef.at)  
ZVR: 187 612 774

**Coordinatore responsabile del manuale:** Kelly Blank

**Autori:** Kelly Blank, Maria Rösslhumer

**Traduzione:** LAMORO Agenzia di sviluppo del territorio

**Revisori:** Maria Rösslhumer, Mathilde Sengölge

**Coordinatore del progetto:** Maria Rösslhumer

**Consulenza tecnica:** Gene Feder, Medina Johnson

**Luogo e anno di pubblicazione:** Vienna, Maggio 2015

**Disegno grafico:** Monika Medvey

**Foto di copertina:** istock.com

Ente finanziatore:

With financial support  
from the Rights, Equality  
and Citizenship Programme  
of the European Union



UNIVERSITATEA  
BABEŞ-BOLYAI



© Austrian Women's Shelter Network 2015

Prima autorizzazione, il contenuto di questo manuale formativo IMPLEMENT è basato sul manuale UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014)

# MANUALE FORMATIVO

## SULLA VIOLENZA DI GENERE PER OPERATORI SANITARI

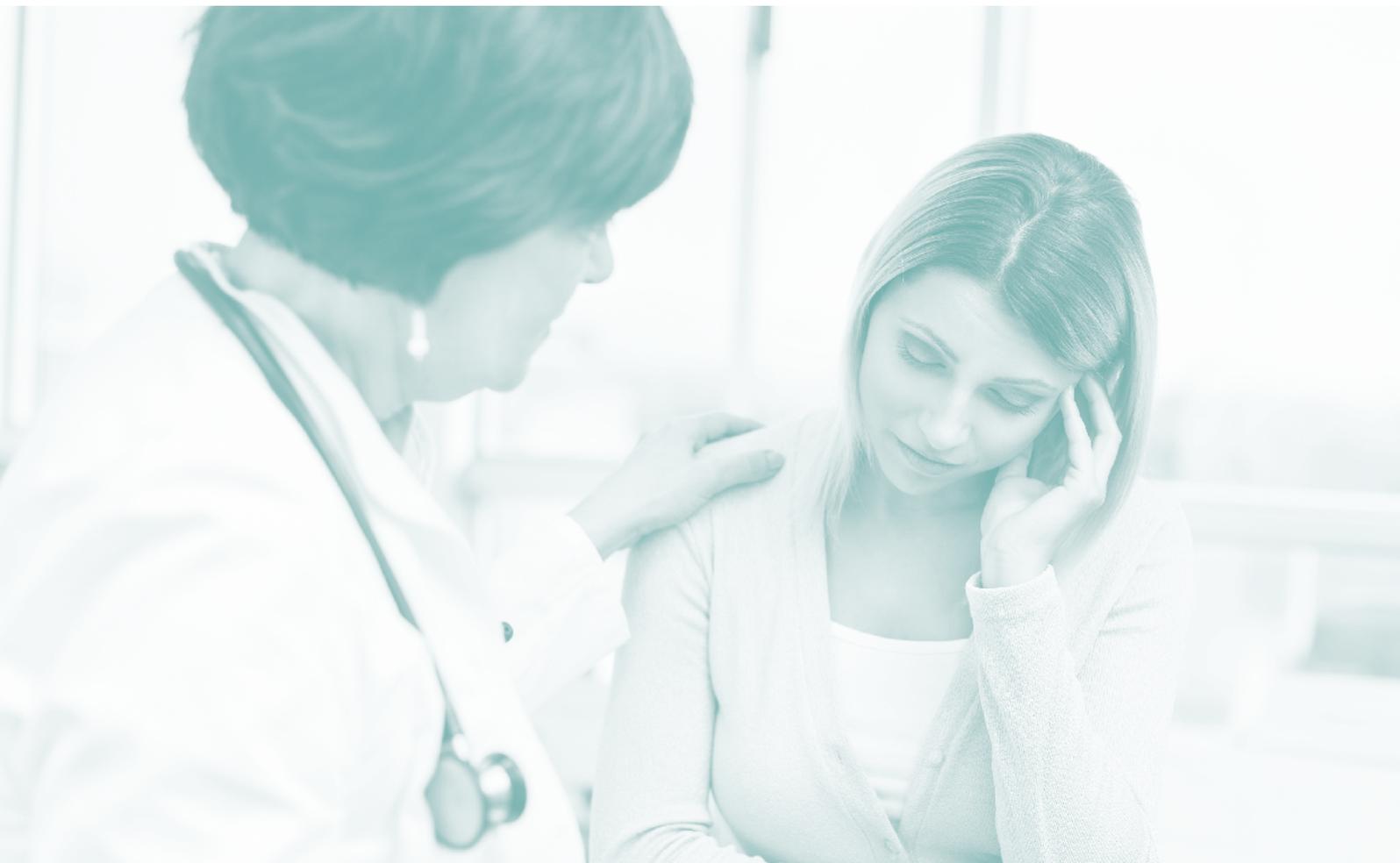
### INDICE

## ● SEZIONE I: MANUALE FORMATIVO

<b>1. CONTESTO</b>	5
1.1 Ringraziamenti	5
1.2 Il Progetto IMPLEMENT	5
1.3 Fonti principali per la realizzazione del manuale	7
1.4 Struttura del manuale	7
<b>2. VIOLENZA DI GENERE: CONCETTI FONDAMENTALI</b>	8
2.1 Definizione della violenza di genere	9
2.2 Forme di violenza di genere contro le donne	11
2.3 Conoscenza delle dinamiche della violenza di genere nelle relazioni di coppia	13
2.4 L'effetto della violenza di genere sulla salute delle donne	15
2.5 L'effetto della violenza di genere sui bambini	15
2.6 Diffusione della violenza fisica e sessuale	16
2.7 Il ruolo delle strutture sanitarie	17
<b>3. RICONOSCIMENTO DELLA VIOLENZA DI GENERE</b>	18
3.1 Screening universale vs indagine su casi singoli	19
3.2 Sintomi, segnali e comportamenti tipici della violenza di genere	20
3.3 Difficoltà del sistema sanitario a trattare la violenza di genere	21
3.4 Requisiti e criteri per porre domande sulla violenza di genere	22
3.5 Come porre domande sulla violenza di genere	24
3.6 Eseguire controlli medici e fornire assistenza sanitaria	25
<b>4. DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA VIOLENZA DI GENERE</b>	27
4.1 Documentazione e classificazione delle lesioni	28
4.2 Documentazione della violenza	28
4.3 Fotografie	30
4.4 Archiviazione e accesso alle informazioni e alle cartelle cliniche delle pazienti	31
4.5 Perizia medico-legale	31
<b>5. VALUTAZIONE DEI RISCHI E PIANIFICAZIONE DELLA SICUREZZA</b>	32
5.1 Conoscenza dei fattori di rischio relativi alla ripetizione e all'intensificazione della violenza	32
5.2 Come effettuare la valutazione dei rischi	34
5.3 Come supportare la paziente nello sviluppo di un piano di sicurezza	34
<b>6. PERCORSI DI RINVIO A CONSULTO</b>	35
6.1 Concetti essenziali del percorso di rinvio a consulto	36
6.2 Benefici del percorso di rinvio a consulto	36
6.3 Servizi specializzati di supporto alle donne	39
<b>7. COOPERAZIONE MULTISSETTORIALE</b>	41
7.1 Ruoli e limiti della cooperazione tra i diversi enti	42
7.2 Difficoltà della cooperazione multisettoriale	42
<b>8. VALUTAZIONE E FINALIZZAZIONE</b>	44
8.1 Documento per la valutazione del percorso formativo	44

## ● SEZIONE II: APPENDICE

1. Esercizi in sequenza continua: miti sulla violenza di genere .....	47
2. Dispensa: ruote del potere e del controllo.....	48
3. Quiz: violenza di genere e salute .....	49
4. Esercizio: ruote mediche del potere e del controllo .....	49
5. Studio di caso: l'esperienza del medico – la storia di Trish .....	50
6. Studio di caso: l'esperienza del paziente – la storia di Kim .....	51
7. Esercizio: citazioni di pazienti tratte da IRIS .....	52
8. Studio di caso: l'esperienza del paziente – la storia di Catherine .....	53
9. Esercizio di gruppo: barriere ai servizi sanitari efficaci .....	55
10. Gioco di ruolo: 1. ....	55
11. Gioco di ruolo: 2. ....	56
12. Gioco di ruolo: 3. ....	56
13. Esercizio: Esempio di domande per un'indagine clinica .....	57
14. Modulo di documentazione su casi di violenza di genere. L'esempio dell'Austria .....	58
15. Dépliant: indicatori di rischio & pianificazione della sicurezza .....	61
16. Dépliant: esempio di modulo di pianificazione della sicurezza .....	62
17. Esercizio individuale: identificazione dei fattori di rischio – il caso della signora Y .....	64
18. Gioco di ruolo: pianificazione della sicurezza – il caso di Dilorom .....	65
19. Esempio di modulo di rinvio a consulto (IRIS) .....	66
20. Esercizio: suggerimenti per la formazione .....	66
21. Esercizio: che cosa fare quando... ..	67
22. Esercizio: autocura .....	68
23. Dépliant: piano d'azione – esercizio individuale .....	69
Strumento di rinvio a consulto essenziale per professionisti sanitari .....	70
Presentazioni in PowerPoint per il seminario Train The Trainers (giorno 1 e 2).....	72



## 1. CONTESTO

In Europa, il sistema sanitario resta un punto d'accesso fondamentale, seppur sottoutilizzato, in cui le vittime di violenza di genere (VDG) trovano accoglienza e supporto. I professionisti sanitari sono ormai in grado di rompere il silenzio e offrire assistenza medica a donne e bambini che hanno subito violenza e che ne soffrono le conseguenze per molti anni a venire. Nonostante questi operatori siano le persone più vicine alle vittime, sovente accade che non siano in grado d'identificare la condizione di abuso a cui è sottoposta una paziente e si limitino a curare i sintomi riportati, non considerando la possibilità di mettere la donna in contatto con servizi specializzati per la VDG. In altri casi, gli operatori non hanno a disposizione le infrastrutture o il supporto legale per fornire il servizio necessario. È estremamente importante che i professionisti del settore assumano un ruolo chiave all'interno del sistema sanitario, affinché risponda alla VDG e protegga la salute e i diritti delle donne. Ciò può avvenire solamente **mettendo il sistema sanitario in collegamento diretto con i servizi di supporto specialistici**. IMPLEMENT, un progetto cofinanziato dalla Commissione Europea (CE) per favorire lo sviluppo di capacità finalizzate al rafforzamento del supporto specialistico fornito alle vittime di VDG all'interno delle strutture sanitarie di sei nazioni europee (Austria, Bulgaria, Germania, Francia, Italia e Romania), mira a rispondere ai bisogni delle vittime dalla VDG attraverso un'efficace integrazione tra il sistema sanitario e i servizi specializzati per le donne.

### 1.1 Ringraziamenti

Questo manuale è stato creato da Kelly Blank di AÖF con il supporto del facilitatore di progetto Mathilde Sengölge e il coordinatore di progetto Maria Rösslhumer. Hanno inoltre contribuito con interventi e feedback tutti i partner di IMPLEMENT (Marc Nectoux, Sonia Abluton, Ulrike Janz, Marion Steffens, Diana Rus e Daniela Gorbounova), i formatori (Gene Feder e Medina Johnson) e il gruppo consultivo (Sabine Bohne, Carol Metters, Pascale Franck e Leo Pas). È importante sottolineare come la realizzazione di questo manuale, e tutte le attività del progetto IMPLEMENT, siano state possibili grazie al supporto della Commissione Europea. Il presente manuale costituisce un adattamento del **manuale formativo UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia"**. Per questa ragione, il nostro manuale utilizza numerosi moduli, capitoli, opuscoli e tabelle presenti nel manuale UNFPA-WAVE (Women against Violence Europe), oltre ad informazioni provenienti da altre fonti (elencate nella sezione 1.3 e nelle citazioni).

### 1.2 Il Progetto IMPLEMENT

#### OBIETTIVI

*"IMPLEMENT: Specialized Support for victims of violence in Health Care Systems across Europe"*, nell'ambito della convenzione di finanziamento JUST/2014/DAP/5361. Data d'inizio: 1 ottobre 2014 – durata: 24 mesi. Gli obiettivi del progetto sono:

- ▶ L'identificazione dei punti di forza e di debolezza delle strutture sanitarie in relazione all'accesso alle cure ostetriche e alle procedure d'emergenza da parte delle vittime di VDG – incluso un gruppo di discussione che coinvolge i direttori sanitari in ogni paese e l'integrazione del materiale e delle risorse attualmente presenti nelle diverse nazioni.
- ▶ L'identificazione delle normative vigenti nelle strutture sanitarie in merito all'accesso alle cure da parte delle vittime di violenza.
- ▶ L'organizzazione di un seminario "train-the-trainer" per formare sei addetti alla prevenzione della violenza (**difensori contro la VDG**) e sei professionisti sanitari (**responsabili clinici**), mettendoli in grado di realizzare un seminario (o più seminari) per lo sviluppo di capacità e un seminario di follow-up in ognuna delle nazioni coinvolte, al fine di migliorare il servizio fornito alle vittime di VDG da parte dei team di ostetricia e di pronto soccorso.

- ▶ La promozione d’iniziative di sensibilizzazione e assistenza a livello di politiche sanitarie finalizzate a fornire supporto legale alle vittime in cura nelle strutture dei paesi coinvolti nel progetto - inclusa l'identificazione delle normative vigenti in merito al supporto delle vittime di VDG nelle strutture sanitarie a livello nazionale ed europeo.
- ▶ Il miglioramento del livello di formazione dello staff e delle reti di rinvio a consulto al fine di promuovere misure atte alla modifica istituzionale delle politiche.
- ▶ Lo sviluppo e l'esecuzione di un programma di comunicazione e disseminazione che assicuri la massima visibilità delle attività e dei risultati del progetto sia tra i gruppi destinatari di riferimento sia tra i vari stakeholder europei. Ciò include la condivisione di buone pratiche con la rete WAVE e la partecipazione a conferenze in ambito medico.

## SETTING

Il progetto IMPLEMENT si svolge principalmente all'interno delle strutture sanitarie dei sei paesi europei coinvolti. La Tabella 1 elenca i responsabili nazionali per il coordinamento con le strutture sanitarie e con le organizzazioni contro la VDG.

**TABELLA 1: LISTA DEI PARTNER DI IMPLEMENT:**

Nome	Nazione	Organizzazione/Servizio
Maria Rösslhuber	Austria	AÖF
Genoveva Tisheva	Bulgaria	BGRF
Marc Nectoux	Francia	Psytel
Ulrike Janz	Germania	GESINE
Marion Steffens	Germania	GESINE
Sonia Abluton	Italia	LAMORO
Diana Rus	Romania	BBU

## GRUPPI TARGET

I beneficiari del progetto sono i pazienti che ricevono interventi d'emergenza o cure ostetriche in qualità di vittime di VDG e i professionisti sanitari (medici, infermieri, ostetriche) che forniscono l'assistenza medica.

I gruppi target del progetto includono: i difensori contro la VDG, che costituiscono la prima linea di assistenza alle vittime; i professionisti sanitari in ostetricia e pronto soccorso che operano in team clinici che non sono adeguatamente organizzati per soddisfare le specifiche necessità di cura delle vittime di VDG; i direttori sanitari e gli operatori in prima linea; i soggetti incaricati di programmare le politiche sanitarie, per esempio i politici e gli enti locali responsabili per la distribuzione delle risorse e la creazione di misure istituzionali per il supporto mirato alle vittime di violenza nelle strutture sanitarie.

## ESECUZIONE

Il 21 e il 22 maggio 2015, si è tenuto a Vienna un seminario *train-the-trainer* da due formatori specializzati provenienti dal Regno Unito, i quali lavoreranno alla formazione di professionisti sanitari selezionati e di difensori per la prevenzione della violenza (un responsabile clinico e un difensore contro la VDG per ogni nazione partecipante al progetto). I professionisti così formati si occuperanno di creare le capacità specifiche all'interno delle strutture sanitarie dei sei paesi europei coinvolti.

## 1.3 Fonti principali per la realizzazione del manuale

Il presente manuale costituisce un adattamento del **manuale formativo UNFPA-WAVE** "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014)<sup>1</sup>, e contiene informazioni provenienti da:

Il sito web di IMPLEMENT è il seguente:  
**gbv-implement-health.eu**

- **Fundamental Rights Agency (FRA)** "Violence Against Women: An EU-Wide Survey" (2014)<sup>2</sup>
- **PRO TRAIN Project** "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention" (2007-2009)<sup>3</sup>
- **Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines" (2013)<sup>4</sup>
- **Identification and Referral to Improve Safety (IRIS)** – Materiale formativo, University of Bristol (2015)<sup>5</sup>
- **UNICEF** "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings" (2010)<sup>6</sup>
- **Women Against Violence Europe (WAVE)** "WAVE Report 2014" (2014)<sup>7</sup>

**Tabella 2: LISTA DEI FORMATORI DI IMPLEMENT E MEMBRI DEL GRUPPO CONSULTIVO:**

Nome	Nazione	Organizzazione	Ruolo
Gene Feder	UK	IRIS	Formatore
Medina Johnson	UK	IRIS	Formatore
Sabine Bohne	Germania	Università di Osnabrück	Membro del gruppo consultivo
Carol Metters	UK	IRIS	Membro del gruppo consultivo
Pascale Franck	Belgio	Provincia di Anversa	Membro del gruppo consultivo
Leo Pas	Belgio	EUROPREV	Membro del gruppo consultivo

## 1.4 Struttura del manuale

Questo manuale è diviso in due sezioni: la sezione I, che costituisce il manuale formativo ed è composta da otto capitoli; e la sezione II (appendice) costituita da 23 elementi per le sessioni formative e da uno strumento di riferimento fondamentale.

### SEZIONE I – MANUALE FORMATIVO ●

Il **primo capitolo** introduce informazioni di carattere generale e una serie di pratiche linee guida per il supporto di programmi finalizzati al miglioramento della risposta del sistema sanitario alla VDG, nell'ambito delle necessità formative del progetto IMPLEMENT. Il **secondo capitolo** – "Concetti essenziali relativi alla VDG" – fornisce: una breve descrizione delle cause, delle dinamiche e delle conseguenze della VDG; la definizione di due ruoli nell'ambito di IMPLEMENT (il responsabile clinico e il difensore contro la VDG); la definizione di violenza sulle donne; esempi di tale violenza; il grado di diffusione della violenza fisica e sessuale nelle sei nazioni coinvolte nel progetto e dati statistici riguardanti il numero di donne oltre i quindici anni che hanno preso contatto con i servizi o le organizzazioni di supporto dopo aver subito violenza. Infine, il capitolo si sofferma sul ruolo degli operatori sanitari in risposta alla

<sup>1</sup> <http://eeca.unfpa.org/publications/strengthening-health-system-responses-gender-based-violence-eastern-europe-and-central>

<sup>2</sup> [www.health-genderviolence.org/](http://www.health-genderviolence.org/)

<sup>3</sup> [www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/HomePage](http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/index.php/TrainingProgram/HomePage)

<sup>4</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf)

<sup>5</sup> <http://www.irisdomesticviolence.org.uk/iris/>

<sup>6</sup> [www.unicef.org/protection/files/GBV\\_Handbook\\_Long\\_Version.pdf](http://www.unicef.org/protection/files/GBV_Handbook_Long_Version.pdf)

<sup>7</sup> [www.wave-network.org/sites/default/files/01%20WAVEREPORT\\_2014.pdf](http://www.wave-network.org/sites/default/files/01%20WAVEREPORT_2014.pdf)

VDG. **Il terzo capitolo** – "Riconoscimento della VDG" – descrive le modalità d'intervento che gli operatori sanitari devono adottare in presenza di un possibile caso di VDG: come porre domande o dare risposte che rispettino la sensibilità delle pazienti; come interpretare i segni, i sintomi e i comportamenti espressi o sofferti dalle donne vittime di violenza; come valutare il ruolo dello screening universale vs l'indagine su casi singoli; quali sono le procedure per richiedere una visita medica e fornire le cure adeguate. **Il quarto capitolo** – "Documentare la VDG" – si occupa di chiarire come il sistema sanitario debba documentare i casi di VDG: quali siano le modalità di archiviazione e classificazione delle violenze, quale sia il materiale da documentare e come debba essere documentato e quale sia il processo d'inclusione di fotografie come prove della violenza all'interno della documentazione. **Il quinto capitolo** – "Valutazione dei rischi e pianificazione della sicurezza" – descrive le fasi delle procedure di valutazione dei rischi e di pianificazione della sicurezza in presenza di VDG, incluso il trattamento dei dati sensibili in caso di coinvolgimento di minori e la conoscenza dei fattori di rischio della violenza. **Il sesto capitolo** – "Percorsi di rinvio a consulto" – affronta le procedure per il rinvio a consulto a specialisti delle vittime di VDG, evidenziando i seguenti punti: il percorso professionale necessario per rinviare a consulto i pazienti a un ente in grado di fornire il servizio, l'identificazione di un efficace sistema di rinvio a consulto e la descrizione dei servizi di supporto per le donne (elementi fondamentali del percorso). **Il settimo capitolo** – "Cooperazione multisettoriale" – definisce l'importanza della formazione e della collaborazione tra i vari enti. Alcune sezioni del capitolo sono tratte dal manuale PRO TRAIN di Daphne (Modulo 5) e da quello dell'UNICEF *"Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings"* (Manuale per un intervento coordinato contro la VDG negli ambienti umanitari). Infine, **l'ottavo capitolo** – "Valutazione e finalizzazione" – contiene il documento di valutazione del percorso formativo.

## SEZIONE II – APPENDICE ●

L'appendice raccoglie il materiale completo e *user-friendly* pensato per i formatori che tengono corsi rivolti a professionisti sanitari sul territorio dell'UE. I formatori sono invitati ad adattare le varie sezioni alle necessità del loro specifico gruppo target. Quest'appendice include: slide di presentazione del corso, opuscoli, esercizi, giochi di ruolo e uno strumento di riferimento intitolato: "La risposta del settore sanitario alle vittime di VDG", che sarà distribuito tra i professionisti del settore.

## 2. VIOLENZA DI GENERE: CONCETTI FONDAMENTALI

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica, altrimenti nota come **Convenzione di Istanbul** (2011), è un documento rivoluzionario, che si basa sull'idea che la violenza contro le donne sia, di fatto, una forma di VDG commessa contro le donne in quanto donne. La Convenzione pone una forte enfasi su: prevenzione, protezione, persecuzione e controllo.<sup>8</sup> Fattore fondamentale per la prevenzione della violenza contro le donne è la formazione di figure professionali in grado di relazionarsi con le vittime.

La violenza contro le donne è basata sul genere ed è "una causa e una conseguenza della disparità dei rapporti di forza tra uomini e donne" (UNFPA-WAVE, p. 17)

La VDG infrange numerosi diritti delle donne. Per esempio il diritto alla vita; il diritto a non essere torturate, punite, umiliate o trattate crudelmente e in maniera efferata; il diritto alla pari tutela nell'ambito della legge; il diritto alla parità in famiglia o il diritto al raggiungimento dei migliori standard di salute mentale e fisica possibili.<sup>9</sup> La VDG contro le donne e le giovani donne costituisce una delle più diffuse forme di violazione dei diritti umani e ha un impatto significativo sulla salute fisica, psicologica, sessuale e riproduttiva della donna. La VDG è un

<sup>8</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 17.

<sup>9</sup> Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne (1992).

problema profondamente radicato nella disparità dei rapporti di forza tra uomini e donne, e include tutti i tipi di molestia e sfruttamento sessuale.<sup>10</sup> È importante tenere presente come **anche gli uomini e i ragazzi possano essere vittime della VDG**. Un esempio sono i casi di abusi sessuali sui ragazzi da parte di membri della famiglia o di traffico umano finalizzato allo sfruttamento sessuale. Inoltre, esistono casi di uomini vittime di violenza domestica. Tuttavia, a causa della disparità dei rapporti di forza tra uomini e donne, il maggior numero di vittime di VDG è costituito da donne e giovani donne, mentre gli uomini sono – solitamente – i perpetratori della violenza.<sup>11</sup>

Secondo un importante studio condotto nel 2014 dall'Agenzia per i Diritti Fondamentali (ADF) sulla violenza contro le donne in tutti gli stati membri dell'Unione Europea (UE), **una donna su tre (33%) sul territorio dell'Unione è stata vittima di violenza fisica e/o sessuale dai 15 anni in poi**, e l'8% di queste donne ha subito violenza fisica e/o sessuale nei 12 mesi precedenti lo studio. Ciò significa che, all'interno dell'UE, circa 13 milioni di donne hanno subito violenza fisica, e 3,7 milioni di donne hanno subito violenza sessuale durante i dodici mesi precedenti lo studio.<sup>12</sup>

Le forme più diffuse di violenza fisica includono spintoni, schiaffi, strattoni e tirate di capelli.  
(ADF, p. 21)

## 2.1 Definizione della violenza di genere

Violenza di genere (VDG) e violenza contro le donne (VCD) sono termini che vengono spesso utilizzati insieme o intercambiabilmente poiché la maggior parte della violenza contro le donne è basata sul genere e la maggior parte della VDG è perpetrata da uomini contro le donne. Qui di seguito sono elencate le definizioni di violenza basata sul genere di cui si discute in questo manuale formativo e una breve descrizione dei due ruoli più importanti all'interno di IMPLEMENT: il responsabile clinico e il difensore contro la VDG.

### VIOLENZA

#### Violenza di genere (VDG)

"violenza diretta contro una donna poiché donna, o che colpisce una donna in maniera sproporzionata" <sup>13</sup>

#### Violenza contro le donne (VCD)

"(...) una manifestazione della storica disparità dei rapporti di forza tra uomini e donne, che ha portato alla dominazione e alla discriminazione delle donne da parte degli uomini e all'impedimento del loro completo progresso. [...] La violenza contro le donne è uno dei meccanismi sociali fondamentali che costringe le donne a una posizione subordinata rispetto agli uomini" <sup>14</sup>

"(...) costituisce una violazione dei diritti umani ed è una forma di discriminazione contro le donne. Si riferisce a tutti gli atti di VDG che inducono, o possono indurre, un danno o una sofferenza di tipo fisico, sessuale, psicologico o economico alle donne. Sono inoltre incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata" <sup>15</sup>

<sup>10</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 17.

<sup>11</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 19.

<sup>12</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 21.

<sup>13</sup> Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, raccomandazione generale numero 19, violenza contro le donne (1992).

<sup>14</sup> Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993). Preambolo.

<sup>15</sup> "Un comportamento controllante implica una serie di azioni finalizzate a porre gli individui in stato di subordinazione e/o dipendenza attraverso: il loro isolamento dalle fonti di supporto, lo sfruttamento delle loro risorse e capacità a proprio vantaggio, la privazione dei mezzi atti al loro sostentamento e a qualsiasi possibilità di resistenza e fuga, e il controllo quotidiano del loro comportamento". Ministero degli Interni del Regno Unito, "Informativa per le aree locali sul cambiamento della definizione di violenza domestica e abusi" (2013), p. 2.

### **Violenza domestica e abusi (VAD)**

"Qualunque tipo di evento o modalità d'azione che implichi un comportamento controllante<sup>16</sup>, coercitivo<sup>17</sup> o minaccioso; violenza o abuso tra persone oltre i 16 anni che sono, o sono stati, in una relazione di coppia oppure sono membri di una famiglia, indipendentemente dal genere o dall'identità sessuale. Ciò include le seguenti tipologie di abuso: psicologico, fisico, sessuale, economico ed emotivo e comprende, inoltre, la violenza basata sull'onore e i matrimoni forzati".<sup>18</sup>

### **Violenza nelle relazioni di coppia (VRC)**

"avviene quando un partner assume un comportamento fisicamente, sessualmente o psicologicamente pericoloso, che include aggressione fisica, abuso psicologico e azioni di controllo. Si riferisce alla violenza perpetrata sul coniuge, ex-coniuge o altri partner affettivi"<sup>19</sup>

## **SERVIZI E SUPPORTO**

### **Indagine su casi singoli**

Altrimenti definita come indagine clinica, "prevede che si pongano domande sulla storia medica delle donne che si rivolgono alla struttura sanitaria per disturbi clinici e, se appropriato, le si inviti a sottoporsi a una visita medica"<sup>20</sup>

### **Prima linea di assistenza**

"si riferisce al livello minimo di assistenza (principalmente psicologica) e alla verifica delle esperienze di violenza riportate che devono essere garantiti a tutte le donne che si rivolgono a un operatore sanitario o a qualsiasi altro tipo di professionista, per esempio il difensore contro la VDG. Il servizio ha molti tratti in comune con il "primo soccorso psicologico" nei casi di emergenze che includono esperienze traumatiche"<sup>21</sup>

### **Perizia medico-legale**

"esami medici condotti tenendo presente l'eventualità di possibili procedimenti giudiziari futuri che richiederanno un parere medico".<sup>22</sup> Lo scopo principale di una perizia medico-legale è la raccolta d'indizi che possano provare o escludere un collegamento tra individui e/o tra individui e oggetti/luoghi.<sup>23</sup>

### **Sistema di rinvio a consulto**

"è una struttura istituzionale comprensiva che mette in collegamento vari enti con mandati, responsabilità e poteri stabiliti in una rete di cooperazione finalizzata all'assistenza

<sup>16</sup> "Un comportamento controllante implica una serie di azioni finalizzate a porre gli individui in stato di subordinazione e/o dipendenza attraverso: il loro isolamento dalle fonti di supporto, lo sfruttamento delle loro risorse e capacità a proprio vantaggio, la privazione dei mezzi atti al loro sostentamento e a qualsiasi possibilità di resistenza e fuga, e il controllo quotidiano del loro comportamento". Ministero degli Interni del Regno Unito, "Informativa per le aree locali sul cambiamento della definizione di violenza domestica e abusi" (2013), p. 2.

<sup>17</sup> "Un comportamento coercitivo implica un'azione o una serie di azioni aggressive, minacce, umiliazioni e intimidazioni o abusi finalizzati a nuocere, punire o spaventare la vittima". Ministero degli Interni del Regno Unito, "Informativa per le aree locali sul cambiamento della definizione di violenza domestica e abusi" (2013), p. 2.

<sup>18</sup> Ministero degli Interni del Regno Unito, "Informativa per le aree locali sul cambiamento della definizione di violenza domestica e abusi" (2013), p. 2. [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/142701/guide-on-definition-of-dv.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/142701/guide-on-definition-of-dv.pdf)

<sup>19</sup> OMS, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council, "Stime globali e regionali sui casi di violenza contro le donne: diffusione della violenza nelle relazioni di coppia e della violenza sessuale tra persone non partner e loro effetti sulla salute" (2013).

<sup>20</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

<sup>21</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), p. vii

<sup>22</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81. Citato anche nel documento dell'OMS "Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence" (2003).

<sup>23</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81. Citato anche nel documento dell'OMS "Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence" (2003).

e alla protezione delle vittime di violenza, alla loro completa guarigione e il loro recupero, alla prevenzione della VDG e al procedimento contro i perpetratori".<sup>24</sup>

### **Screening universale**

Altrimenti definito "indagine di routine", prevede che si chieda alle donne presenti nella struttura sanitaria di parlare della loro esperienza di VDG come prassi di routine.<sup>25</sup>

## **RUOLI D'IMPLEMENTAZIONE**

### **Responsabile clinico**

È un professionista sanitario coinvolto nella fase pilota che lavora a stretto contatto con il difensore contro la VDG per fornire supporto e appropriati rinvii a consulto alle vittime di VDG. Il responsabile clinico ha il compito di supportare gli altri professionisti sanitari e metterli in condizione di lavorare agevolmente.

### **Difensore contro la VDG**

È una figura che opera all'interno di un'organizzazione o un ente di assistenza alle donne – per esempio una casa rifugio – che fornisce assistenza alle donne vittime di VDG. Il difensore contro la VDG opera a stretto contatto con il responsabile clinico per accertarsi che le vittime di VDG ricevano adeguato supporto e, quando necessario, siano rinviate a consulto.

## **2.2 Forme di violenza di genere contro le donne**

Esistono vari tipi di VDG: fisica, sessuale, psicologica ed economica. Per questa ragione, gli operatori sanitari devono saper capire e riconoscere tutti i tipi di VDG (vedi tabella 3).<sup>26</sup>

**TABELLA 3: FORME DI VIOLENZA DI GENERE**<sup>27</sup>

### **Violenza fisica**

Costrizione fisica risultante in lesioni, dolore o menomazioni del corpo. La gravità delle lesioni varia da semplici lividi e ossa rotte fino a danni permanenti o morte della vittima. La violenza fisica include:

- ▶ Schiaffeggi, strattoni, spintoni, pugni, percosse, graffi, soffocamenti, morsi, strette, scuotimenti, sputi, bruciate, distorsioni e ingestione forzata di sostanze indesiderate
- ▶ Uso di oggetti domestici per percuotere o accoltellare una donna (coltelli, oggetti contundenti)

### **Violenza sessuale**

Qualsiasi tipo di atto sessuale o tentativo di ottenere favori sessuali, commenti indesiderati o avance, traffico sessuale o azioni dirette contro la sessualità di una persona attraverso forme di coercizione. Queste azioni possono essere commesse da qualsiasi individuo, indipendentemente dalla

<sup>24</sup> UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), p. 88.

<sup>25</sup> UNFPA-WAVE, „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), p. 67.

<sup>26</sup> UNFPA-WAVE „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), p. 20.

<sup>27</sup> UNFPA-WAVE „Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), p. 20.

relazione intrattenuta con la vittima, in qualsiasi luogo, inclusi – ma non solo – la casa e il lavoro.<sup>28</sup> La violenza sessuale include:

- ▶ Stupro e altre forme di aggressione sessuale
- ▶ Avance e abusi sessuali indesiderati (incluse richieste di prestazioni sessuali in cambio di avanzamenti di carriera o promozioni scolastiche)
- ▶ Traffico sessuale
- ▶ Esposizione forzata a materiale pornografico
- ▶ Gravidanza, sterilizzazione o aborto forzati
- ▶ Matrimonio forzato a qualsiasi età
- ▶ Infibulazione
- ▶ Test di verginità
- ▶ Incesto

### **Violenza psicologica (emotiva)**

Un'azione o una serie di azioni che compromettono direttamente l'integrità psicologica della donna. La violenza psicologica include:

- ▶ Minacce di violenza o danneggiamenti contro la donna o un individuo a lei caro con parole o azioni (per esempio pedinamenti o minacce con armi)
- ▶ Molestie e mobbing sul posto di lavoro
- ▶ Commenti umilianti e irrispettosi
- ▶ Isolamento e privazione della possibilità di comunicare con gli altri
- ▶ Uso dei bambini da parte del partner violento per controllare o ferire la donna. Queste azioni sono connotate come violenza sia contro i bambini che contro le donne

### **Violenza Economica**

È impiegata per negare o controllare l'accesso alle risorse da parte della donna, per esempio: tempo, denaro, trasporti, cibo e vestiario. La violenza economica include:

- ▶ La proibizione di lavorare
- ▶ L'esclusione della donna dai processi decisionali relativi alle finanze della famiglia
- ▶ Il rifiuto di offrire denaro o informazioni di carattere economico
- ▶ Il rifiuto del pagamento degli alimenti dovuti alla donna o ai figli
- ▶ La distruzione di beni comuni

<sup>28</sup> OMS, "World Report on Violence and Health" (2002), p. 149.

## 2.3 Conoscenza delle dinamiche della violenza di genere nelle relazioni di coppia

Sovente accade che le vittime di VDG all'interno di strutture sanitarie **non denuncino la loro esperienza di violenza**. Il generale atteggiamento di negazione delle vittime di violenza nuoce alle donne e rende più difficile il lavoro dei professionisti sanitari che offrono assistenza medica.<sup>29</sup> Comprendere le dinamiche delle relazioni di coppia violente può aiutare i professionisti sanitari a **mantenere un comportamento di supporto, rassicurante e non-giudicante e nei confronti delle vittime di violenza**. Si tratta di un prerequisito importante per una risposta efficace alla VDG da parte del sistema sanitario.<sup>30</sup>

La **Ruota del potere e del controllo** fornisce un quadro di riferimento per comprendere le manifestazioni e i meccanismi di potere e controllo in una relazione di coppia.<sup>31</sup> Questo modello è stato creato dai *Domestic Abuse Intervention Programs* in Minnesota, USA, raccogliendo le esperienze delle donne vittime di violenza all'interno di una relazione che hanno partecipato al focus-group. Gli otto raggi della ruota identificano i modelli comportamentali impiegati dagli individui per controllare o dominare intenzionalmente il proprio partner: intimidazione, violenza psicologica, isolamento, banalizzazione, rifiuto e colpevolizzazione, manipolazione dei figli, uso di privilegi maschili, coercizione e minacce. Queste azioni sono finalizzate all'uso di "potere e controllo" - queste parole si trovano al centro della ruota. Il bordo esterno della ruota indica la violenza fisica e sessuale - questa violenza tiene assieme la ruota (vedi Figura 1).<sup>32</sup>

Numerose vittime di violenza preferiscono non denunciare la situazione per vergogna, imbarazzo, timore di ripercussioni sui figli o sulla famiglia, isolamento o paura di non essere credute - questi sono alcuni dei motivi. Per questa ragione, gli operatori sanitari devono saper capire le dinamiche della VDG, identificarla, rispondere adeguatamente e rinviare a consulto le pazienti.

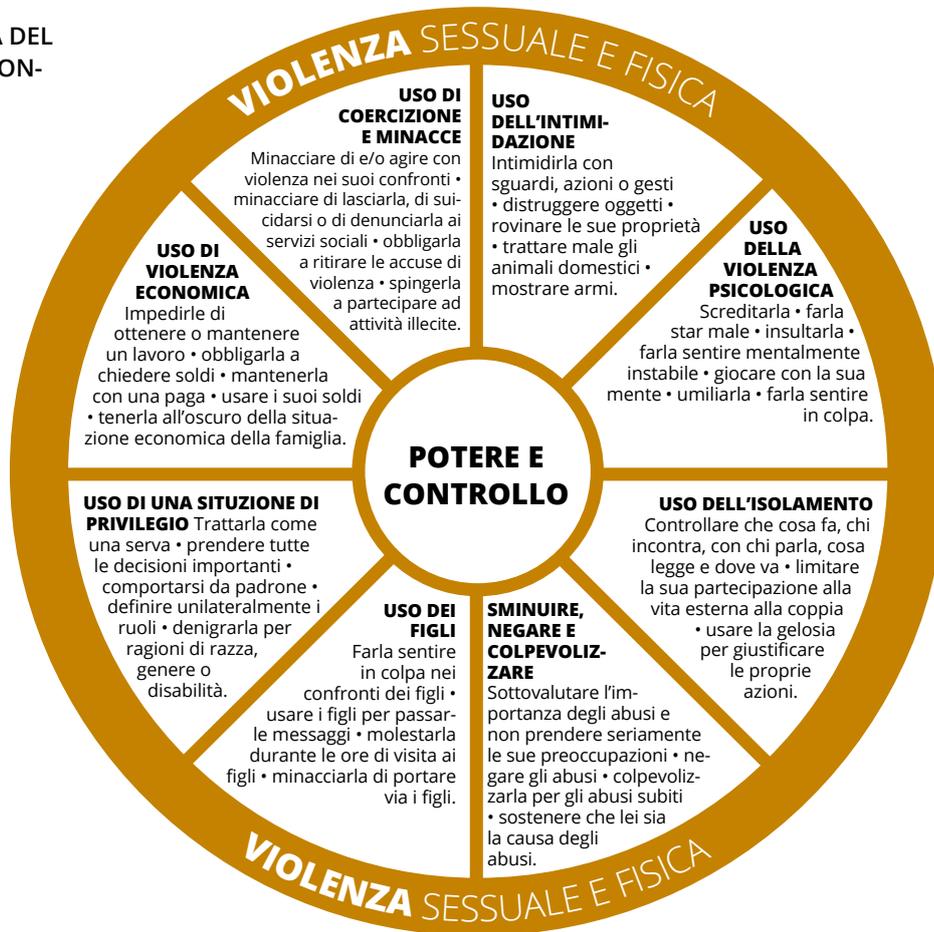
<sup>29</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 31.

<sup>30</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 31.

<sup>31</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 32. Citato anche nel documento dell'OMS "Integrating Poverty and Gender into Health Programmes, A Sourcebook for Health Professionals Module on Gender-based Violence", (2005).

<sup>32</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 32.

Figura 1: RUOTA DEL POTERE E DEL CONTROLLO



Adattato da:  
Domestic Abuse Intervention Project  
Duluth, MN 218/722-2781  
[www.duluth-model.org](http://www.duluth-model.org)

Figura 2: RUOTA DEL POTERE E DEL CONTROLLO DELLA NON-VIOLENZA



## 2.4 L'effetto della violenza di genere sulla salute delle donne

La VDG può incidere su tutti gli aspetti della salute delle donne - fisico, sessuale, riproduttivo, mentale e comportamentale. Le conseguenze della VDG sulla salute delle donne possono essere sia immediate e acute sia croniche e persistenti, e possono durare a lungo dopo l'ultimo episodio di violenza.<sup>33</sup>

### LE CONSEGUENZE DELLA VDG POSSONO ESSERE:<sup>34</sup>

- ▶ **Morte** – come esito tragico e immediato quando una donna è uccisa dal perpetratore oppure come conseguenza della violenza sul lungo periodo (per esempio problemi mentali di origine traumatica che possono condurre al suicidio, infezione da virus HIV o problematiche cardiovascolari)
- ▶ **Riduzione delle aspettative di vita** – la Banca Mondiale stima che, nei paesi in via di sviluppo, le situazioni di stupro e violenza domestica nei confronti di donne tra i 15 e i 44 anni d'età rappresentano il 5% degli anni della loro vita in salute
- ▶ **Danni fisici** - ferite, menomazioni funzionali, disabilità permanenti
- ▶ **Comportamenti a rischio per la salute** – uso di alcol e droghe, fumo, comportamenti sessuali a rischio e autolesionistici
- ▶ **Conseguenze (psico)somatiche** – sindrome da dolore cronico, colite spastica, disturbi gastrointestinali, infezioni del tratto urinario, problemi respiratori
- ▶ **Conseguenze sulla salute riproduttiva** – malattia infiammatoria pelvica, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate, problemi di gestazione, aborti spontanei o nascite premature
- ▶ **Conseguenze psicologiche** – disturbo post-traumatico da stress, depressione, panico, problemi d'insonnia, problemi dell'alimentazione, pensieri suicidi e bassa autostima

## 2.5 L'effetto della violenza di genere sui bambini

L'effetto della VDG sui bambini, in particolare della violenza e degli abusi domestici, è dannoso. I bambini possono soffrire per la violenza commessa contro la madre, e possono essere essi stessi vittime di violenza da parte del perpetratore, che è solitamente il padre o il patrigno.<sup>35</sup> Una ricerca condotta dall'Agenzia per i Diritti Fondamentali (ADF) dell'UE pone in evidenza il legame esistente tra infanzia violenta e vittimizzazione da adulti. Per interrompere il ciclo di violenza, è fondamentale aiutare i bambini che sono vittime o testimoni di violenza domestica. "Questo è anche importante in fase di prevenzione, poiché...i bambini sono spesso consapevoli della violenza perpetrata contro la loro madre".<sup>36</sup>

Inoltre, "i bambini che sono stati testimoni di violenza contro la madre hanno più possibilità di diventare adulti violenti o vittime di violenza loro stessi".<sup>37</sup> Infatti, i bambini testimoni di violenza non sono solo meri osservatori: "crescono circondati dalla paura, dall'uso della forza, dall'impossibilità di agire e dall'insicurezza...e in una situazione di stress".<sup>38</sup> Inoltre, i bambini possono essere coinvolti direttamente negli episodi di violenza domestica come vittime. Le probabilità che un bambino soffra delle ripercussioni della violenza domestica per tutta la vita sono alquanto elevate: i bambini tendono a diventare adulti violenti mentre le bambine hanno più probabilità di diventare donne vittime di violenza.<sup>39</sup> È essenziale che i bambini ricevano aiuto e supporto per far fronte all'esperienza della violenza.

"Il 73% delle madri che hanno subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner afferma che almeno uno dei loro figli si è accorto di quello che stava accadendo"  
(WAVE Report 2014, p. 10)

Circa un terzo (30%) delle donne che hanno subito violenza sessuale all'interno di una relazione presente o passata ha dichiarato di essere stato vittima di abusi sessuali durante l'infanzia (ADF, p. 121)

<sup>33</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 39.

<sup>34</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 40.

<sup>35</sup> WAVE, "Away from Violence: Guidelines for Setting up and Running a Refuge" (2004), p. 14.

<sup>36</sup> WAVE, "WAVE Report 2014" (2014), p. 10.

<sup>37</sup> WAVE, "Away from Violence: Guidelines for Setting up and Running a Refuge" (2004), p. 14.

<sup>38</sup> Domestic Violence Intervention Center Vienna, "Parent's Rights or Child Protection? Experience Concerning the new Act on Family Matters in view of Domestic Violence" (2013), p. 4.

<sup>39</sup> WAVE, "WAVE Report 2014" (2014), p. 14.

## SINTOMI ACCUSATI DAI BAMBINI ESPOSTI ALLA VIOLENZA (lista non esaustiva):<sup>40</sup>

- ▶ Disturbi dell'alimentazione e del sonno
- ▶ Incontinenza notturna
- ▶ Disturbi del linguaggio
- ▶ Isolamento
- ▶ Disturbi comportamentali
- ▶ Aggressività
- ▶ Depressione
- ▶ Problemi scolastici
- ▶ Atti o pensieri suicidi

La tabella 4, tratta dall'indagine sulla violenza sulle donne in Europa effettuata dall'ADF nel 2014, mostra la percentuale di donne che hanno dichiarato di aver subito abusi fisici, psicologici e/o sessuali prima dei 15 anni. Come si può notare, tra un terzo e un quarto della popolazione femminile all'interno delle sei nazioni coinvolte nel progetto IMPLEMENT ha dichiarato di essere stato vittima di violenza prima del raggiungimento del quindicesimo anno d'età. Ci sono, poi, leggere differenze nelle percentuali di denuncia degli abusi in età infantile: per esempio solo il 5% delle donne intervistate in Austria ha dichiarato di aver subito violenza contro il 28% in Bulgaria. Queste differenze possono indicare un timore a denunciare gli eventi passati dovuto alle diverse prospettive culturali, sociali e politiche per quel che riguarda l'opinione generale relativa alle questioni di abusi infantili.<sup>41</sup>

**Tabella 4: CASI DENUNCIATI DI VIOLENZA SUI BAMBINI:** <sup>42</sup>

Nazione	Violenza fisica	Violenza sessuale	Violenza psicologica	Qualsiasi forma di violenza
Austria	27%	5%	9%	31%
Bulgaria	28%	28%	5%	30%
Francia	33%	20%	14%	47%
Germania	37%	13%	13%	44%
Italia	25%	11%	9%	33%
Romania	23%	(1)	4%	24%

## 2.6 Diffusione della violenza fisica e sessuale

La tabella 5 mostra i risultati dell'indagine condotta dall'ADF che indicano la percentuale di donne che ha dichiarato di aver subito violenza fisica o sessuale da parte del partner attuale o passato e/o altri individui dopo il quindicesimo anno di età.<sup>43</sup> Appare evidente come la violenza fisica e sessuale sia un fenomeno diffuso in Europa, soprattutto se si considera che queste statistiche si basano solamente sui casi dichiarati. Nell'Unione Europea (28 Stati), la percentuale di diffusione della violenza fisica e/o sessuale perpetrata dal partner o da altri individui su donne oltre i 15 anni corrisponde al 33%<sup>44</sup>. Ciò riflette la situazione presente nelle nazioni coinvolte in IMPLEMENT, che posiziona l'Austria (20%) sotto la media europea e la Bulgaria (44%) sopra.<sup>45</sup>

<sup>40</sup> Domestic Violence Intervention Center Vienna, "Parent's Rights or Child Protection? Experience Concerning the new Act on Family Matters in view of Domestic Violence" (2013), p. 4.

<sup>41</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 123.

<sup>42</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 123.

<sup>43</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 28.

<sup>44</sup> dati non mostrati

<sup>45</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 29.

**Tabella 5: DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA FISICA E/O SESSUALE OLTRE I 15 ANNI D'ETÀ**<sup>46</sup>

Nazione	Partner attuale	Partner precedente	Non-Partner	Qualsiasi partner e/o non-partner
Austria	3%	15%	12%	20%
Bulgaria	11%	38%	14%	28%
Francia	11%	31%	33%	44%
Germania	7%	24%	24%	35%
Italia	9%	25%	17%	27%
Romania	14%	30%	14%	30%

## 2.7 Il ruolo delle strutture sanitarie

Il sistema sanitario è un punto fondamentale per l'identificazione della VDG, la prestazione di cure mediche alle vittime di violenza e il rinvio a consulto ad altri importanti servizi come case rifugio, centri di assistenza psicologica o servizi medici specialistici. **Molte vittime di violenza si rivolgono inizialmente a un professionista sanitario, che costituisce il primo punto di accesso**<sup>47</sup> ai servizi di aiuto e supporto. Per questa ragione, per combattere e prevenire la VDG, è fondamentale rafforzare le capacità degli operatori professionali d'identificare e supportare le vittime di violenza.

L'Agenzia per i Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (ADF) ha pubblicato i risultati di un'indagine effettuata nel 2014, che documenta la violenza contro le donne sul territorio dell'Unione. Secondo tale indagine, 1 vittima di violenza fisica e/o sessuale di coppia su 3 e 1 vittima su 4 di violenza non di coppia si è rivolta a qualche tipo di servizio o organizzazione di assistenza. I risultati mostrano come solo il 25% delle vittime denunci la violenza e, solitamente, queste si rivolgono a un professionista sanitario. La polizia costituisce il secondo punto di contatto privilegiato.<sup>48</sup> Da ciò risulta evidente il ruolo chiave degli operatori sanitari, e di tutti coloro i quali lavorano nel sistema sanitario, per garantire il benessere e l'assistenza immediata alle donne vittime di violenza, sia nel caso di violenza apertamente denunciata sia nel caso contrario.

### LE RAGIONI PIÙ COMUNI PER CUI LE DONNE NON CERCANO AIUTO SONO:<sup>49</sup>

- ▶ Decidono di gestire il problema da sole o si fidano con una persona a loro vicina
- ▶ Credono che nessuno possa aiutarle
- ▶ Ritengono che l'evento di violenza non fosse grave al punto da dover coinvolgere i servizi sanitari
- ▶ **Non sapevano dell'esistenza di servizi d'assistenza o questi ultimi non erano effettivamente presenti**

I servizi specializzati sono estremamente importanti per le donne, le quali dichiarano di provare vergogna e imbarazzo, e si colpevolizzano per la violenza subita. I servizi di supporto specializzato per donne vittime di violenza possono migliorare il processo di guarigione sia durante la loro visita al centro sia nel periodo successivo. I servizi possono rassicurare le donne, partecipare con delicatezza alla loro situazione, supportarle con un atteggiamento non-giudicante e fornire loro un ambiente sicuro. Inoltre, è stato provato che la difesa contro la VDG può migliorare il processo di recupero delle vittime di violenza.<sup>50</sup>

I medici costituiscono solitamente il primo punto di contatto – le donne si rivolgono in generale ai servizi sanitari più che ad altri tipi di servizi (ADF, p.60).

Poiché molte donne vittime di VDG non conoscono i servizi di supporto presenti nelle varie comunità, è fondamentale che gli operatori sanitari e i difensori contro la VDG lavorino assieme nel percorso assistenziale per colmare questo vuoto informativo.

<sup>46</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 28.

<sup>47</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 60.

<sup>48</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 60.

<sup>49</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 66.

<sup>50</sup> Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD005043.

I professionisti sanitari devono essere formati per gestire adeguatamente le situazioni di abuso: come porre le domande, come formulare le risposte e come rinviare le pazienti a consulto presso un servizio specialistico per la violenza di genere.

IMPLEMENT, dunque, mira nello specifico a migliorare la collaborazione tra il sistema sanitario e il settore della VDG. Infatti, supportando e incoraggiando una risposta coordinata tra i vari enti e il settore della VDG si possono soddisfare le esigenze delle vittime di violenza in maniera efficace e rispettosa. Come chiarito in questo manuale, IMPLEMENT delinea le modalità per la creazione di una cooperazione efficace tra i vari enti nella gestione della VDG sui territori dei paesi partner del progetto. In particolare, focalizza l'attenzione sul miglioramento della comunicazione e su un efficiente percorso di rinvio a consulto tra i vari servizi sanitari (**responsabile clinico**) e le organizzazioni di donne (**difensore contro la VDG**). Per ulteriori informazioni sulla cooperazione multi-settoriale, vedere il capitolo 7.

L'indagine dell'ADF del 2014 fornisce dati relativi alla percentuale di donne che hanno contattato la polizia o altri servizi a seguito di qualche forma di violenza fisica e/o sessuale. Come mostrato nella tabella 6, tra i vari servizi disponibili, le donne tendono a riferirsi a un medico o un ente sanitario prima di rivolgersi alla polizia o a un ospedale. Le ragioni per cui alcune donne decidono di non contattare un'organizzazione di supporto sono generalmente varie; tuttavia, tra le principali individuate dall'ADF troviamo: la tendenza a gestire la situazione per conto proprio o a confidarsi con un familiare o un amico, l'idea che l'evento abbia poca importanza e che non sia necessario coinvolgere un'organizzazione, la mancanza di informazioni relative agli enti di supporto o l'effettiva mancanza di tali servizi.<sup>51</sup>

**Tabella 6: NUMERO DI DONNE OLTRE I 15 ANNI CHE HANNO CONTATTATO ORGANIZZAZIONI O SERVIZI IN SEGUITO A GRAVI INCIDENTI DI VIOLENZA (EU28)<sup>52</sup>**

Servizio	Violenza fisica da parte del partner	Violenza sessuale da parte del partner	Violenza fisica da parte di un individuo (non-partner)	Violenza sessuale da parte di un individuo (non-partner)
Polizia	14%	15%	13%	14%
Ospedale	11%	12%	9%	12%
Medico, ente sanitario o altro ente di cura della salute	15%	22%	10%	16%
Casa rifugio per donne vittime di VDG	3%	6%	(0)	(1)
Organizzazione di supporto alle vittime di violenza	4%	4%	1%	4%

### 3. RICONOSCIMENTO DELLA VIOLENZA DI GENERE

L'87% delle donne ritiene appropriato che il medico, in presenza di ferite caratteristiche, ponga domande in merito a una possibile violenza (ADF, p. 69)

Anche se le vittime di VDG, rispetto al resto della popolazione, tendono a usare maggiormente i servizi sanitari, molto spesso non denunciano spontaneamente l'accaduto. Quando un professionista sanitario pone domande rispettose e mirate in presenza di sintomi riconducibili a VDG, aumentano le possibilità di denuncia da parte della vittima. Per questo, facilitare una comunicazione positiva in casi di VDG costituisce un punto di partenza importante. Domande sulla VDG, se poste in maniera professionale e rassicurante, sono utili a rompere la sensazione d'isolamento, colpa e vergogna che provano le vittime di violenza, e aprono opportunità d'aiuto che la donna potrà utilizzare quando si sente pronta.<sup>53</sup>

<sup>51</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 66.

<sup>52</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 65.

<sup>53</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 66.

## 3.1 Screening universale vs indagine su casi singoli

I servizi sanitari utilizzano due tipi d'approccio per facilitare la comunicazione con le vittime: screening universale e indagine sui casi particolari. Lo screening universale viene anche chiamato indagine di routine poiché prevede che si pongano domande in merito all'esperienza di VDG a tutte le donne presenti nella struttura sanitaria. Al contrario, l'indagine sui casi singoli (anche conosciuta come indagine clinica) prevede che le domande siano poste solo nel caso in cui le donne presentino specifici sintomi clinici, dopo aver considerato la loro storia e, se appropriato, dopo aver effettuato una visita medica.<sup>54</sup>

**Screening universale:** anche definito indagine di routine, prevede che si chieda regolarmente alle donne presenti nella struttura sanitaria di parlare della loro esperienza di VDG.

**Indagine su casi singoli:** altrimenti definita come indagine clinica, prevede che si pongano domande sulla base della storia medica delle donne che si rivolgono alla struttura sanitaria per disturbi clinici e, se appropriato, le si inviti a sottoporsi a una visita medica.<sup>55</sup>

Secondo uno studio dell'OMS, lo screening universale può essere gravoso per le strutture sanitarie, specialmente in casi di carenza di opzioni di rinvio a consulto, limitate capacità di risposta e scarsa disponibilità di personale. Questo può avere un impatto negativo sulle donne che, dopo aver deciso di denunciare gli episodi di violenza, non ricevono un adeguato supporto.

**L'indagine su casi singoli, che si basa su considerazioni attente e selettive, risulta il metodo più efficace,** specialmente in presenza di operatori sanitari formati per rispondere alle pazienti e rinviarle a consulto al servizio più appropriato. IMPLEMENT è un buon esempio in questo senso e segue le raccomandazioni dell'OMS che prevedono il "miglioramento delle capacità degli operatori ad assistere adeguatamente le donne che denunciano la violenza, mostrano segni e sintomi associati alla violenza o sono sottoposte a severe forme di abuso".<sup>56</sup>

Lo screening universale, quindi, non è un approccio raccomandabile. Infatti, nonostante questo metodo aumenti le possibilità d'identificazione della VDG, né riduce la violenza nel periodo successivo né apporta benefici alla salute delle donne. Il metodo d'indagine su casi singoli, invece, risulta preferibile. Al fine di migliorare la diagnosi e individuare la cura più efficace, i professionisti sanitari dovrebbero porre domande mirate quando sono in presenza di disturbi che potrebbero essere ricondotti ad atti di violenza.<sup>57</sup>

Tuttavia, lo screening universale può essere impiegato in circostanze specifiche:

- Donne con disturbi mentali (depressione, ansia, PTSD, istinti suicidi/autolesionistici), a causa della stretta correlazione tra problemi mentali nelle donne e violenza di coppia
- Test dell'HIV e assistenza psicologica, dal momento che la violenza di coppia può influenzare la decisione di esporre la propria sieropositività o mettere in pericolo le donne che la rivelano, così come la loro capacità di impiegare strategie per la riduzione del rischio
- Assistenza prenatale, a causa della doppia vulnerabilità della gravidanza e tenendo in considerazione la possibilità di follow-up nelle cure prenatali<sup>58</sup>

<sup>54</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

<sup>55</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

<sup>56</sup> OMS, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: OMS Clinical and Policy Guidelines" (2013), p. 19.

<sup>57</sup> OMS, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: OMS Clinical and Policy Guidelines" (2013), p. 18.

<sup>58</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

## 3.2 Sintomi, segnali e comportamenti tipici della violenza di genere

Qui di seguito sono elencati alcuni indicatori che denotano come una paziente possa aver subito violenza in passato o possa essere attualmente vittima di violenza. Questi indicatori, poi, sono anche sintomi associati alla VDG. È importante tenere presente che **i segnali, i sintomi e i comportamenti elencati in questo paragrafo non indicano necessariamente che una donna sia stata vittima di VDG. Tuttavia, dovrebbero allertare i professionisti sanitari, suggerendo loro di cercare un colloquio privato con la donna per indagare su eventuali esperienze di violenza.** In tal caso, la paziente saprà che l'operatore sanitario è al corrente del problema e, nel caso in cui non fosse ancora pronta a parlarne, potrà comunque farlo in un secondo momento ricontattando il medesimo operatore.<sup>59</sup>

### **DISTURBI CLINICI ASSOCIATI ALLA VIOLENZA DI GENERE:**<sup>60</sup>

- ▶ Depressione, ansia, PTSD, disturbi del sonno
- ▶ Pensieri o tentativi di suicidio o autolesionistici
- ▶ Abuso di alcol e altre sostanze
- ▶ Inspiegati problemi gastro-intestinali cronici
- ▶ Inspiegati problemi all'apparato riproduttivo, incluso dolore pelvico e disfunzioni sessuali
- ▶ Effetti nocivi sulla riproduzione, inclusi gravidanze indesiderate e/o interruzioni multiple, ritardi nella somministrazione delle cure durante la gravidanza, problemi alla nascita
- ▶ Inspiegati problemi genitourinari, incluse frequenti infezioni renali o alla vescica
- ▶ Ricorrenti sanguinamenti vaginali e infezioni sessualmente trasmissibili
- ▶ Dolore cronico inspiegato
- ▶ Lesioni traumatiche, specialmente se ripetute e accompagnate da spiegazioni vaghe e non verosimili
- ▶ Problemi del sistema nervoso centrale, per esempio mal di testa, problemi cognitivi, perdita dell'udito
- ▶ Frequenti visite mediche non seguite da una diagnosi chiara
- ▶ Partner/marito invadente o presenza dell'adulto accompagnatore in ambulatorio (in caso di minori)

### **COMPORAMENTI ASSOCIATI ALLA VIOLENZA DI GENERE:**<sup>61</sup>

- ▶ Inconsistenti spiegazioni sulle cause delle lesioni
- ▶ Frequenti appuntamenti per sintomi vaghi
- ▶ La donna cerca di nascondere le lesioni e minimizzarne la portata
- ▶ La donna esita a parlare o appare spaventata e condiscendente in presenza del partner o dell'adulto accompagnatore
- ▶ Mancata aderenza al trattamento
- ▶ Appuntamenti cancellati frequentemente
- ▶ Lesioni multiple in diversi stadi di guarigione
- ▶ La donna appare spaventata, eccessivamente ansiosa o depressa
- ▶ Il partner è aggressivo e dominante, parla al posto della donna e si rifiuta di lasciare la stanza
- ▶ Scarsa presenza o totale assenza alle visite prenatali
- ▶ Auto-dimissione anticipata dall'ospedale

<sup>59</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68.

<sup>60</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 67.

<sup>61</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68.

### 3.3 Difficoltà del sistema sanitario a trattare la violenza di genere

Esistono molte ragioni per le quali una donna vittima di VDG decide di non rivolgersi all'assistenza sanitaria e denunciare l'accaduto. Anche se queste ragioni/barriere funzionano a livello di vita di coppia, famiglia e comunità nel suo complesso - e per questo richiedono un intervento che vada oltre il sistema sanitario - è importante che gli operatori sanitari ne siano a conoscenza per poter fornire un'assistenza adeguata alle donne e rinviarle a consulto presso il servizio pertinente, per esempio case rifugio, centri di crisi e di supporto psicologico. Queste organizzazioni possono assistere e aiutare le donne ad affrontare queste barriere, fornendo loro una sistemazione, assistenza legale e altri tipi di supporto.<sup>62</sup>

#### **BARRIERE ALL'ACCESSO DEI SERVIZI SANITARI PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E INTENZIONATE A DENUNCIARLA:**<sup>63</sup>

- ▶ **Vergogna, senso di colpa e sensazione di essere completamente o in parte responsabile della violenza subita:** una donna vittima di violenza di coppia può pensare di poter interrompere gli abusi obbedendo al partner e "migliorando" il proprio comportamento.
- ▶ **Paura di ritorsioni da parte del perpetratore della violenza:** le donne che vivono una relazione violenta possono temere un'intensificazione degli abusi e ulteriori minacce. Infatti, i partner violenti solitamente proibiscono alle donne di rivolgersi ad altre persone, minacciando un uso ancora più intenso della violenza.
- ▶ **Timori di stigmatizzazione ed esclusione sociale** da parte delle famiglie e delle comunità.
- ▶ **Isolamento sociale** e convinzione di dover gestire la violenza da sole.
- ▶ **Esperienze di maltrattamenti di lunga durata** che possono danneggiare la sicurezza e l'autostima delle donne al punto da rendere difficoltosa la ricerca o l'accettazione d'aiuto.
- ▶ **Mancanza di un'opzione sicura** per i figli e timore di perderne la custodia.
- ▶ Timore di attirare l'attenzione su una situazione d'**immigrazione clandestina** o di perdere i diritti di residenza in caso di separazione da un marito violento.
- ▶ **Mancanza di possibilità realistiche** (per esempio disponibilità finanziarie, un'abitazione, un lavoro o una sicurezza).

#### **ALTRE BARRIERE PER LE DONNE CHE POSSONO E DEVONO ESSERE ABBATTUTE DAL SISTEMA SANITARIO INCLUDONO:**<sup>64</sup>

- ▶ **Mancanza d'accesso** ai servizi di assistenza per le donne che vivono in zone isolate.
- ▶ **Timore di una risposta negativa** da parte del centro di assistenza e di un rimprovero per non essersi separate dal partner violento, specialmente nel caso di donne che hanno ricevuto un trattamento inadeguato da parte di altri servizi di supporto in passato, e sono state colpevolizzate per la situazione.
- ▶ **Mancanza d'informazioni in merito alle procedure adottate dai professionisti sanitari**, per esempio un eventuale coinvolgimento della polizia o il contatto col perpetratore.
- ▶ **Barriere culturali e linguistiche** per donne immigrate o appartenenti a minoranze etniche.
- ▶ **Aspetti situazionali** relativi al servizio di supporto psicologico e di cura, per esempio una struttura di ricevimento inadeguata o un atteggiamento pressante da parte di medici e infermieri.

<sup>62</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 182.

<sup>63</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 182.

<sup>64</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 182.

Per poter fornire un supporto efficace alle vittime di violenza, lo staff sanitario deve capire le dinamiche della VDG e conoscere i vari servizi di supporto disponibili, il protocollo di pertinenza e le procedure esistenti.

## **BARRIERE PER I PROFESSIONISTI SANITARI NELLA FORNITURA DI UN'EFFICACE ASSISTENZA ALLE VITTIME DI VDG:** <sup>65</sup>

- ▶ **Conoscenza insufficiente di cause, conseguenze e dinamiche della VDG:** quando gli operatori sanitari non fanno domande o non riconoscono i sintomi della VDG, è possibile che effettuino una diagnosi errata e forniscano ai pazienti cure inappropriate.
- ▶ **Convinzioni individuali e pregiudizi** sulla VDG che identificano la violenza di coppia come un affare privato o vedono nella vittima la causa della violenza.
- ▶ **Esperienza personale** passata di VDG.
- ▶ **Mancanza di competenze cliniche per trattare la VDG:** come conseguenza, per non aprire un "vaso di Pandora", gli operatori sanitari possono evitare di fare domande in merito alla VDG. La mancanza di conoscenze e competenze può mettere a rischio la sicurezza, il benessere o la vita della paziente. Per esempio, quando l'operatore sanitario assume un atteggiamento negativo nei confronti di una donna che è stata stuprata o quando discute apertamente delle lesioni, rischiando di essere sentito dal partner violento che attende fuori dall'ambulatorio.
- ▶ **Mancanza d'informazioni relative ai servizi esistenti** e carenza di adeguati contatti professionali, utili per rinviare a consulto le pazienti.
- ▶ **Mancanza di tempo per l'assistenza medica** e risorse insufficienti per il supporto psicologico. Poiché risulta difficile stimare quanto tempo sia necessario per effettuare una conversazione con una vittima di VDG, gli operatori sanitari sono preoccupati di non avere abbastanza tempo da dedicare agli altri pazienti.
- ▶ **Mancanza di supporti intra-istituzionali**, come protocolli standardizzati, moduli o training per il personale che si occupa delle vittime della VDG.
- ▶ **Incertezza in merito agli obblighi di legge**, per esempio le norme sulla riservatezza o gli obblighi informativi.
- ▶ **Mancanza di procedure standard, regolamenti e protocolli** per assicurarsi che tutti gli operatori rispettino uno standard di assistenza clinico elevato nell'assistenza alle vittime di VDG.

## **3.4 Requisiti e criteri per porre domande sulla violenza di genere**

Prima porre di domande sulla VDG, le strutture sanitarie e gli operatori devono assicurare la presenza di alcuni requisiti minimi di servizio, e allo stesso tempo garantire un ambiente sicuro per le pazienti. <sup>66</sup>

### **PRIMA DI PORRE DOMANDE, È NECESSARIO CHE GLI OPERATORI SANITARI STABILISCANO:** <sup>67</sup>

- Un protocollo o una lista di procedure operative standard che fungano da linee guida durante l'intervento
- La presenza di operatori sanitari formati per porre domande e fornire informazioni alle donne che denunciano atti di violenza
- La presenza di condizioni di sicurezza adeguate, che tengano in considerazione la privacy e la riservatezza del paziente
- La conoscenza e la consapevolezza da parte degli operatori di quali siano le risorse disponibili a cui le pazienti possono essere rinviate a consulto

<sup>65</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 183.

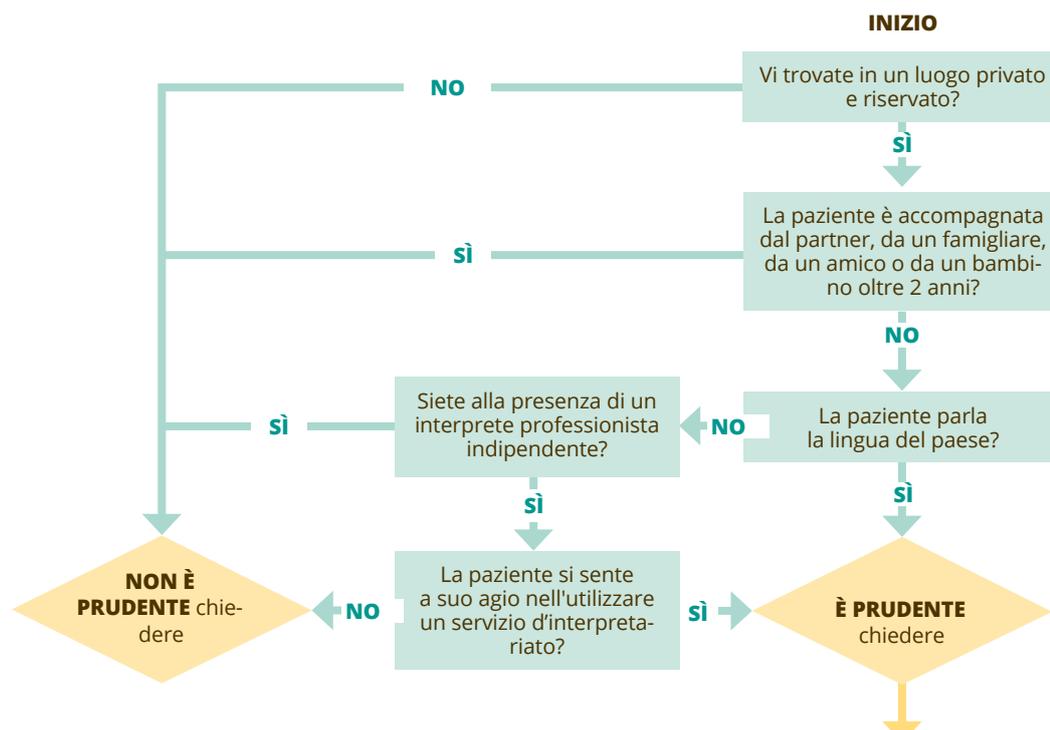
<sup>66</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68.

<sup>67</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68. Citato anche nel documento dell'OMS "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: OMS Clinical and Policy Guidelines" (2013), p 19.

### CRITERI PER GARANTIRE LA SICUREZZA DURANTE L'INCHIESTA: <sup>68</sup>

- Lavorare in un ambiente privato e riservato
- Evitare di porre domande sulla VDG in presenza di un familiare, un amico o un bambino oltre 2 anni
- Garantire la presenza di un interprete per donne immigrate, rifugiate o appartenenti a minoranze etniche che non parlano la lingua del paese
- Evitare di utilizzare membri della famiglia come interpreti

Figura 3: È APPROPRIATO PORRE DOMANDE SULLA VIOLENZA DI GENERE? <sup>69</sup>



#### SPIEGARE GLI OBBLIGHI DI RISERVATEZZA

Le informazioni possono essere divulgate in caso di:

- Consenso da parte della paziente
- Richiesta per legge (per es. un'ordinanza del tribunale)
- Interesse pubblico superiore (inclusa la protezione dei minori)

N.B. Il partner NON deve essere informato sulle discussioni riguardanti la VDG

#### COME PORRE DOMANDE SULLA VDG

- Prendere l'iniziativa di porre domande sulla violenza
- Spiegare gli obblighi di riservatezza
- Guardare le pazienti negli occhi ed essere consapevoli del linguaggio del proprio corpo
- Fare considerazioni rassicuranti ed evitare un ascolto passivo
- Mantenere un atteggiamento non-giudicante e di sostegno alla vittima
- Sottolineare che la VDG non deve essere tollerata
- Essere pazienti e non fare pressioni sulle vittime affinché raccontino la loro storia
- Mettere in evidenza l'esistenza di possibilità e risorse disponibili

**i** È appropriato porre domande se l'operatore sanitario: si trova in un luogo tranquillo e riservato, è solo, parla la lingua della paziente o è in presenza di un interprete. A questo punto, è importante **spiegare il significato di riservatezza**.

<sup>68</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 68.

<sup>69</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 69. (IMPLEMENT ha aggiornato la figura secondo gli scopi di questo manuale).

## 3.5 Come porre domande sulla violenza di genere

Chiedere a una donna se sia stata vittima di VDG può rivelarsi un'operazione difficoltosa per i professionisti sanitari. Questa sezione è finalizzata ad aumentare le conoscenze e la fiducia degli operatori sanitari che discutono con le donne l'esperienza di VDG. Dopo aver determinato la sussistenza delle condizioni di sicurezza indicate nella sezione 3.4 e nella figura 3, gli operatori sanitari possono cominciare l'indagine.<sup>70</sup>

### RACCOMANDAZIONI E SUGGERIMENTI PER LA COMUNICAZIONE CON LE VITTIME DI VDG:<sup>71</sup>

Quando si pongono domande sulla VDG, è importante utilizzare efficacemente il linguaggio del corpo, ascoltare attivamente, guardare la paziente negli occhi e impiegare un linguaggio rassicurante.

- ▶ **Prendere l'iniziativa di porre domande sulla violenza** ma assicurarsi di non essere in presenza del partner, di un familiare o di un amico.
- ▶ **Spiegare che le informazioni fornite rimarranno confidenziali** (e mettere al corrente la paziente di qualsiasi limitazione).
- ▶ **Guardare la paziente negli occhi** e focalizzare tutta l'attenzione su di essa.
- ▶ **Essere consapevoli del linguaggio del corpo** (prestare particolare attenzione al tono della voce, al modo in cui ci si siede, si inclina la testa e si appoggiano le braccia. Tutti questi gesti comunicano alla donna percezione che l'operatore ha della situazione).
- ▶ **Evitare un ascolto passivo e silenzioso** – dimostrare che si sta ascoltando in maniera attiva.
- ▶ **Mostrare un comportamento rassicurante e non-giudicante** e corroborare le parole della donna – evitare domande inquisitorie dirette (per esempio domande che iniziano con "perché").
- ▶ **Rinforzare il messaggio che la VDG non può essere tollerata** e non è mai positiva. Rassicurare le donne sulla normalità delle loro sensazioni.
- ▶ **Siate pazienti** con le vittime di VDG, ricordando che si trovano in una situazione di crisi e possono provare sensazioni contrastanti.
- ▶ **Non fare pressione sulle donne** e chiarire che, se necessario, possono tornare nella struttura sanitaria per ricevere ulteriore supporto.
- ▶ Sottolineare come la colpa per gli episodi di violenza non sia della donna e che il perpetratore è l'unico responsabile del proprio comportamento.
- ▶ **Usare affermazioni rassicuranti** come: "mi dispiace che ti sia successo questo", che possono incoraggiare la donna a rivelare maggiori informazioni.
- ▶ **Mettere in evidenza che esistono opzioni e risorse** disponibili.
- ▶ All'inizio dell'indagine sulla VDG, utilizzare una **domanda introduttiva** che chiarisca come la VDG riguardi molte donne e abbia un effetto sulla loro salute.

### ESEMPIO DI DOMANDE INTRODUTTIVE DURANTE LE INDAGINI:<sup>72</sup>

1. "So per esperienza che molte donne vivono situazioni di violenza e abuso in famiglia. Succede anche a lei?"
2. "Sappiamo che molte donne subiscono violenza e abusi in famiglia e ciò compromette la loro salute. Mi chiedevo se lei avesse mai subito violenza in famiglia"
3. "Molte tra le mie pazienti si trovano in relazioni di coppia violente. Spesso parlarne spaventa e mette a disagio. Lei ha mai subito violenza o abusi da parte del suo partner?"

<sup>70</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 70.

<sup>71</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 70.

<sup>72</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 71.

## ESEMPIO DI DOMANDE DIRETTE DURANTE LE INDAGINI:<sup>73</sup>

1. "Ho ragione di credere che i sintomi da lei mostrati possano essere stati causati da violenza. Qualcuno le ha mai fatto del male?"
2. "So per esperienza che le pazienti che presentano questo tipo di lesioni sono state vittime di violenza fisica. È successo anche a lei?"
3. "È stata umiliata o minacciata dal suo partner/ex-partner o da un familiare adulto?"
4. "Ha paura del suo partner, ex-partner o di un familiare adulto?"
5. "È stata forzata ad avere rapporti sessuali?"
6. "Il suo partner ha mai cercato di limitare la sua libertà o impedirle di fare le cose che per lei sono importanti?"

**i** È inoltre utile avere materiale informativo sulla VDG a disposizione nella struttura sanitaria, poiché può incoraggiare le donne a parlare della violenza.

## PRIMA LINEA DI ASSISTENZA

Quando una donna denuncia una situazione di violenza, gli operatori sanitari devono fornire immediato supporto di prima linea. Nel caso in cui ciò non fosse possibile, devono accertarsi che qualcun altro (all'interno della struttura sanitaria o di un servizio facilmente raggiungibile) sia in grado di fornire immediato supporto.

**Prima linea d'assistenza** "si riferisce al livello minimo di assistenza (principalmente psicologica) e alla verifica delle esperienze di violenza riportate. Questi servizi devono essere garantiti a tutte le donne che si rivolgono a un operatore sanitario o a qualsiasi altro tipo di operatore, per esempio il difensore contro la VDG. La prima linea d'assistenza ha molti tratti in comune con il "primo soccorso psicologico" che si applica in caso di emergenze che includono esperienze traumatiche".<sup>74</sup>

Oltre a fornire supporto e rassicurazione, è necessario che i professionisti sanitari in prima linea di assistenza siano pazienti, non forzino le donne a parlare della loro esperienza e si assicurino che ricevano tutte le informazioni e gli accessi alle risorse (OMS, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women", p. 3)

## LINEE GUIDA E ELEMENTI PER FORNIRE ASSISTENZA FOCALIZZATA SULLE DONNE:<sup>75</sup>

- Mantenere un comportamento non-giudicante, confortante e rassicurante.
- Fornire assistenza pratica e supporto che rispondano ai bisogni della donna in maniera discreta.
- Porre domande sull'esperienza della violenza e ascoltare con attenzione senza forzare la donna a parlarne (prestare particolare attenzione quando si discutono argomenti delicati in presenza di un interprete).
- Aiutare la donna a ottenere informazioni in merito alle risorse disponibili, inclusi i servizi legali e altri tipi di servizi che possono esserle utili.
- Se necessario, aiutare la donna a migliorare la situazione di sicurezza per sé e per i figli.
- Accertarsi che l'incontro sia privato e che la donna sia al corrente dei limiti di riservatezza.
- Fornire o mobilitare supporto da parte della società.

## 3.6 Eseguire controlli medici e fornire assistenza sanitaria

A seguito di una denuncia di violenza, gli operatori sanitari devono, quando appropriato, effettuare una visita medica e fornire le cure necessarie. Durante i controlli, il personale sanitario deve sempre tenere in considerazione il fatto che le vittime di atti di violenza sono sovente molto sensibili ed emotivamente instabili. Per questo, se la comprensione dimostrata dagli

<sup>73</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 71.

<sup>74</sup> OMS, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), p. vii

<sup>75</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 210. Citato anche nel documento dell'OMS "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), Recommendations 1, 10, 12, 24.

operatori sanitari può essere un aiuto al processo di recupero emotivo dopo un atto di violenza subito, commenti inappropriati da parte della polizia, dei medici o di altro personale contribuiscono ad aumentare il livello di stress nella paziente, ostacolando il processo di recupero a lungo termine.<sup>76</sup>

### **STORIA CLINICA E VISITA MEDICA DELLA PAZIENTE**

Prima di tutto, gli operatori sanitari devono ottenere dalla paziente il consenso informato in merito a tutti gli aspetti dell'incontro. Ciò significa spiegare alla paziente tutti gli aspetti dell'incontro in modo che capisca quali siano le opzioni che le vengono presentate e sia in grado di prendere decisioni informate su come procedere. In particolare, gli operatori sanitari devono chiarire qualsiasi limite di riservatezza, per esempio in caso di obbligo legale di denunciare la VDG alla polizia o ad altre autorità. Se previsto dalla legislazione nazionale, l'operatore sanitario dovrà chiedere alla paziente di firmare il consenso informato. Infatti, visitare una paziente senza aver ottenuto suo esplicito consenso può risultare in un'azione penale nei confronti del personale sanitario. Inoltre, in alcune giurisdizioni, non è possibile utilizzare i risultati medici in procedimenti legali senza previo consenso da parte della vittima.<sup>77</sup>

Il consenso informato è uno dei documenti più importanti che devono essere firmati dalle pazienti prima di iniziare l'esame e la documentazione

Lo step successivo consiste nel determinare la **storia clinica** della paziente, documentare gli eventi e stabilire le modalità d'intervento. Questo step deve includere una **descrizione dettagliata dell'aggressione**, della coercizione o della violenza psicologica; la sua **durata**; l'eventuale impiego di armi; e la **data e l'ora** dell'evento.<sup>78</sup>

### **NEI CASI DI VIOLENZA SESSUALE, È NECESSARIO AGGIUNGERE LE SEGUENTI INFORMAZIONI:**<sup>79</sup>

- ▶ ora e tipologia dell'aggressione
- ▶ rischio di gravidanza
- ▶ rischio di presenza del virus HIV o altre malattie sessualmente trasmissibili
- ▶ stato di salute mentale della donna<sup>80</sup>

### **DURANTE IL COLLOQUIO SULLA VDG CON UNA PAZIENTE, IL PERSONALE SANITARIO DEVE:**<sup>81</sup>

- ▶ Chiederle di riferire **con parole proprie** l'accaduto.
- ▶ **Evitare interruzioni non necessarie** e porre domande di chiarimento soltanto alla fine del racconto.
- ▶ **Procedere meticolosamente**, tenendo presente che alcune pazienti potrebbero nascondere particolari imbarazzati dell'aggressione, per esempio dettagli su sesso orale o penetrazione anale.
- ▶ **Porre domande aperte** ed evitare di cominciare con "perché", avverbio che tende a implicare una forma di colpevolizzazione.
- ▶ Rispondere alle domande e ai timori del paziente in modo **empatico e non-giudicante**, per esempio impiegando un tono di voce calmo e guardando la paziente negli occhi (rispettando i vari usi culturali) ed evitando di mostrare stupore o incredulità.

Dopo aver documentato la storia clinica della paziente, gli operatori sanitari devono, se appropriato, sottoporre la donna a una visita medica completa, inclusi gli organi genitali, per individuare lesioni riconducibili a violenza.

<sup>76</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 73.

<sup>77</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 74. Citato anche nel documento dell'OMS "Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence" (2003).

<sup>78</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 74.

<sup>79</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 74.

<sup>80</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 75.

<sup>81</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 75.

## CHECKLIST PER LA VISITA MEDICA DELLE VITTIME DI VDG: <sup>82</sup>

- ✓ Spiegare cosa avverrà durante la visita medica, che cosa prevede, come e perché viene effettuata; in modo che non sia un'ulteriore esperienza traumatica per la donna. Inoltre, permettere alla paziente di fare domande.
- ✓ Chiedere alla paziente se preferisce essere visitata da un medico donna (specialmente in casi di violenza sessuale).
- ✓ Non lasciare sola la paziente (per esempio durante l'attesa).
- ✓ Chiedere alla paziente di spogliarsi completamente e indossare il camice ospedaliero, in modo da poter notare eventuali lesioni nascoste.
- ✓ Esaminare anche le parti del corpo coperte dai vestiti e dai capelli.
- ✓ In presenza di violenza subita di recente, esaminare tutto il corpo – non soltanto l'area genitale e quella addominale.
- ✓ Esaminare sia le lesioni gravi sia quelle meno importanti.
- ✓ Prestare attenzione anche ai sintomi emotivi e psicologici.
- ✓ Durante la visita, mantenere la paziente informata su quello che succederà nella fase successiva e chiedere il suo permesso prima di continuare. Comunicare sempre in anticipo alla paziente quando e dove sarà toccata dal medico e mostrarle gli strumenti e i materiali di raccolta, spiegandone la funzione.
- ✓ Le pazienti potrebbero rifiutarsi di essere sottoposte a parte o all'intera visita medica. È importante per il processo di guarigione che le donne abbiano la sensazione di rimanere in controllo durante la visita.
- ✓ È importante prelevare campioni per le indagini mediche e quelle di medicina legale (operazione effettuata da un operatore sanitario con specifiche competenze in medicina legale).
- ✓ L'organizzazione contemporanea dei servizi medici e di quelli di medicina legale (forense) nello stesso luogo e da parte della stessa persona riduce il numero di visite cui la paziente si deve sottoporre e risponde alle necessità della donna in maniera più coordinata.

## 4. DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA VIOLENZA DI GENERE

Il personale sanitario ha **l'obbligo professionale** di documentare tutti i dettagli dell'incontro con la paziente. Il documento deve riportare le informazioni fornite dalla donna e le osservazioni effettuate dall'operatore sanitario. Tale documento deve essere trattato come materiale confidenziale.

Documentare i casi non è solo un obbligo professionale ma un'attività importante per produrre **prove cliniche** che possono essere **utilizzate in sede di processo**. I dettagli delle conseguenze della violenza sulla salute della donna possono essere d'aiuto nella formulazione delle decisioni processuali e possono far luce sulla situazione passata e presente. La mancanza di coordinamento tra il personale sanitario e la polizia/accusa può avere come conseguenza la perdita delle prove. Per questa ragione, è molto importante che gli operatori sanitari conoscano i nessi tra medicina legale e giustizia penale in modo da facilitare l'accesso delle donne al sistema giudiziario.

<sup>82</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 215

Inoltre, i documenti prodotti possono essere utili ad altri operatori sanitari che assistono la paziente in un secondo momento per ottenere informazioni sulla sua esperienza di VDG e offrire un adeguato **servizio di follow-up**.<sup>83</sup>

## 4.1 Documentazione e classificazione delle lesioni

Gli operatori sanitari devono descrivere dettagliatamente le lesioni osservate. La descrizione deve includere sia la quantità e la tipologia delle lesioni sia la parte del corpo in cui sono state rinvenute (utilizzando una mappa del corpo umano). L'interpretazione delle lesioni per fini medico-legali è una pratica complessa e impegnativa che richiede una comprovata esperienza da parte del medico che se ne occupa. Normalmente, la polizia, i giudici e gli avvocati si rivolgono ai patologi e (dovrebbero) ai professionisti clinici per determinare quanto tempo prima sia stata inferta una ferita, come sia stata prodotta e con quale grado di violenza.<sup>84</sup>

Gli incontri sono documentati tramite note scritte, diagrammi, body chart e fotografie. Il personale sanitario deve assicurare il **consenso informato** del paziente durante tutto il processo di documentazione.

In alcuni paesi, l'autorità sanitaria fornisce moduli standard di documentazione, e alcuni di essi devono essere compilati obbligatoriamente. L'esempio di un modulo per la documentazione di un incontro con vittime di violenza sessuale è incluso nell'appendice (e può essere adattato alle proprie esigenze).

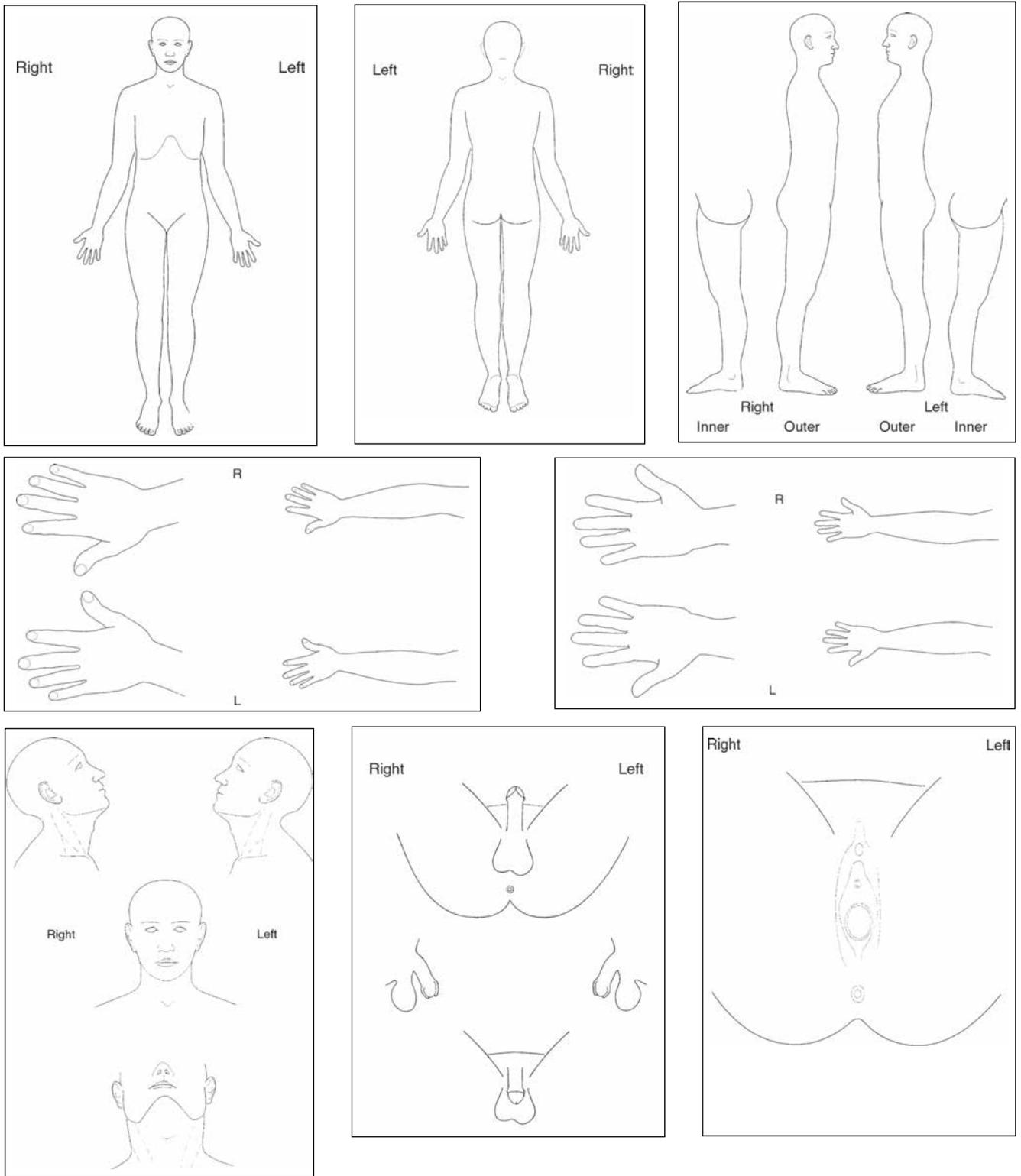
## 4.2 Documentazione della violenza

Gli incontri sono documentati con note scritte, diagrammi, body chart e fotografie. Il personale sanitario deve assicurare il consenso informato del paziente durante tutto il processo di documentazione. In alcuni paesi, i professionisti sanitari forniscono moduli standard per la documentazione. Le seguenti figure sono esempi di mappe del corpo tratte da documenti dell'OMS.

<sup>83</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 79.

<sup>84</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 79.

MAPPE DEL CORPO PER VISITE MEDICHE PROMOSSE DALL'OMS <sup>85</sup>



<sup>85</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 293-296.

### IN CASO DI VIOLENZA SESSUALE, LA DOCUMENTAZIONE DEVE INCLUDERE:<sup>86</sup>

- ▶ Informazioni demografiche (per es. nome, età, sesso)
- ▶ Consenso informato
- ▶ Storia clinica (per es. storia medica generale e ginecologica)
- ▶ Resoconto dell'aggressione
- ▶ Risultati della visita medica
- ▶ Test medici e risultati
- ▶ Terapia
- ▶ Medicinali somministrati o prescritti
- ▶ Educazione della paziente
- ▶ Riferimenti ad altri enti

### CHECKLIST PER LA DOCUMENTAZIONE DI CASI DI ABUSO SESSUALE:<sup>87</sup>

- ☑ Documentare l'entità dell'esame medico condotto e tutto ciò che è stato rinvenuto (sia esso normale, negativo o rilevante)
- ☑ Documentare l'informazione in maniera accurata e leggibile
- ☑ Gli appunti e i diagrammi dovrebbero essere creati durante l'incontro
- ☑ Gli appunti presi non devono essere modificati e, in caso contrario, devono indicare chiaramente che si tratta di aggiunte o modifiche successive
- ☑ Accertarsi che gli appunti presi siano accurati
- ☑ Quando possibile, utilizzare le parole delle pazienti (impiegare un linguaggio neutro, per es. "La sig.ra Rossi dice..." piuttosto che "La paziente sostiene...")
- ☑ Non escludere l'informazione che non concerne l'aspetto medico, per es. "È stata colpa mia, mi ha picchiata perché..." o "Me lo sono meritata perché..."
- ☑ Quando una paziente viene rinvia a consulto a una casa rifugio, non riportarne il nome, l'indirizzo o il numero di telefono, in modo da garantire la sicurezza della paziente

## 4.3 Fotografie

Le fotografie sono uno strumento molto importante che dovrebbe essere impiegato da tutti gli operatori sanitari, specializzati e non specializzati in medicina forense, per documentare lesioni dovute a VDG. Le fotografie costituiscono, infatti, una prova importante in caso di procedimento penale nei confronti del perpetratore. È comunque importante ricordare che le fotografie integrano, e non sostituiscono, i criteri di documentazione indicati nelle pagine precedenti.

### CHECKLIST PER L'UTILIZZO DI FOTOGRAFIE NELLA DOCUMENTAZIONE DEI RILIEVI:<sup>88</sup>

- ☑ Rispettare la paziente e ottenere il suo **consenso informato**: spiegare la funzione delle fotografie e ottenere il consenso informato prima di procedere.
- ☑ **Identificazione**: ogni fotografia deve indicare l'oggetto, la data e l'ora dello scatto. L'immagine deve inoltre riportare il numero di foto che fanno parte di quel gruppo.

<sup>86</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 80.

<sup>87</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81.

<sup>88</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 80. Citato anche nel documento dell'OMS "Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence" (2003)..

- ✓ **Scale:** una fotografia della tabella dei colori deve essere posta all'inizio della sequenza. Le scale sono importantissime per mostrare le dimensioni delle lesioni. Esse possono essere indicate sul piano orizzontale o quello verticale. Le foto devono essere prese sia in scala sia non in scala.
- ✓ **Orientamento:** la prima fotografia deve mostrare il volto della vittima, a fini identificativi, e può essere omessa nel caso in cui le foto siano state adeguatamente identificate in precedenza. Le foto successive devono ritrarre la parte del corpo interessata e devono essere seguite da primi piani delle specifiche lesioni.
- ✓ **Catena di custodia:** le fotografie devono essere registrate, come tutte le altre prove forensi.
- ✓ **Sicurezza:** le fotografie fanno parte della cartella clinica della paziente e, per questo, devono godere dello stesso grado di riservatezza.
- ✓ **Sensibilità:** in alcune culture è considerato inappropriato prendere fotografie ed è perciò necessario avere specifico consenso prima di scattare e diffondere le foto. In tal caso si deve ottenere il consenso informato.

## 4.4 Archiviazione e accesso alle informazioni e alle cartelle cliniche delle pazienti

Le cartelle cliniche e le informazioni fornite dalle pazienti sono strettamente confidenziali. Il personale sanitario è professionalmente, legalmente ed eticamente obbligato a mantenere e rispettare la riservatezza e l'autonomia della paziente. Soltanto il personale direttamente coinvolto nel caso deve avere accesso alle cartelle e alle informazioni, se non diversamente previsto dalle normative locali, regionali o nazionali.

Tutte le cartelle cliniche (e i campioni prelevati) devono essere archiviate in un luogo sicuro. I campioni biologici devono solitamente essere refrigerati o congelati; contattare il laboratorio per conoscere le procedure di conservazione dei campioni.<sup>89</sup>

## 4.5 Perizia medico-legale

Una **perizia medico-legale** è un "esame medico condotto tenendo presente l'eventualità di possibili procedimenti giudiziari futuri che richiederanno un parere medico"<sup>90</sup>. Lo scopo principale di una perizia medico-legale è raccogliere indizi che possano provare o escludere un collegamento tra individui e/o tra individui e oggetti o luoghi.<sup>91</sup>

In casi di reato penale connesso alla VDG, come in ogni altro procedimento penale, è necessario aderire strettamente alle seguenti modalità di raccolta dei campioni biologici:

- Raccogliere il campione con attenzione, evitando contaminazioni
- Raccogliere i campioni biologici non appena possibile, poiché la loro validità di prove diminuisce significativamente dopo 72 ore dall'aggressione
- Etichettare accuratamente tutti i campioni
- Fare asciugare tutti i campioni umidi
- Assicurarsi che i campioni siano al sicuro e non possano essere manomessi
- Mantenere una continuità
- Documentare tutte le procedure di raccolta e di gestione dei campioni

**i** È importante notare come questa informazione possa non riguardare tutti gli operatori sanitari, in particolare il responsabile clinico che partecipa al progetto IMPLEMENT. Tuttavia, può essere rilevante a seconda dei requisiti professionali del responsabile clinico scelto e/o dell'operatore sanitario.

<sup>89</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83.

<sup>90</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81.

<sup>91</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81. Citato anche nel documento dell'OMS "Guidelines for Medico-legal cares of Victims of Sexual Violence" (2003).

Gli operatori sanitari devono essere al corrente delle capacità e dei requisiti dei laboratori di medicina legale; è, infatti, inutile raccogliere campioni che non possono poi essere testati.<sup>92</sup>

**Tabella 7: LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE PROVE IN CASI DI VIOLENZA SESSUALE:** <sup>93</sup>

Scrivere un report	Testimoniare
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spiegare quali informazioni sono state ottenute dalla paziente e ciò che è stato osservato</li> <li>2. Impiegare una terminologia precisa</li> <li>3. Mantenere un punto di vista obiettivo</li> <li>4. Rimanere all'interno del proprio settore di esperienza</li> <li>5. Distinguere i fatti dalle opinioni</li> <li>6. Dettagliare tutti i campioni raccolti</li> <li>7. Dire o scrivere solo ciò che si è pronti a ripetere sotto giuramento in tribunale</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spiegare quali informazioni sono state ottenute dalla paziente e ciò che è stato osservato</li> <li>2. Impiegare una terminologia precisa</li> <li>3. Mantenere un punto di vista obiettivo</li> <li>4. Rimanere all'interno del proprio settore di esperienza</li> <li>5. Distinguere i fatti dalle opinioni</li> <li>6. Dettagliare tutti i campioni raccolti</li> <li>7. Dire o scrivere solo ciò che si è pronti a ripetere sotto giuramento in tribunale</li> </ol>

## 5. VALUTAZIONE DEI RISCHI E PIANIFICAZIONE DELLA SICUREZZA

La sicurezza delle pazienti vittime di violenza deve essere al centro di qualsiasi intervento da parte del settore sanitario in materia di VDG. Episodi isolati di VDG sono piuttosto rari poiché questo tipo di violenza presenta solitamente modalità di controllo coercitivo e ripetitivo. I rischi aumentano nel periodo successivo alla separazione: la gran parte degli omicidi, dei tentati omicidi e delle aggressioni più efferate avvengono quando le vittime decidono di lasciare il partner violento.<sup>94</sup>

Il ruolo dei professionisti sanitari è molto importante per riferire una paziente a un difensore contro la VDG, che opera in cooperazione con un supporto specialistico e che può aiutare la vittima a valutare i rischi e a definire un piano di sicurezza.<sup>95</sup>

### 5.1 Conoscenza dei fattori di rischio relativi alla ripetizione e all'intensificazione della violenza

In generale, a un maggior numero di fattori di rischio presenti in un caso specifico corrisponde una maggiore probabilità che gli atti di violenza siano ripetuti o che si verifichi un'escalation della violenza.

<sup>92</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 81.

<sup>93</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 82.

<sup>94</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83.

<sup>95</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83.

## FATTORI DI RISCHIO:<sup>96</sup>

- **Trascorsi di violenza contro la donna, i bambini, altri membri della famiglia o partner precedenti:** controllare la storia di abusi, i tipi di violenza, le sue forme e la presenza di condanne passate o denunce alla polizia. I responsabili di frequenti ed efficienti atti di violenza (che includono l'uso di armi o strangolamenti) sono particolarmente pericolosi.
- **Precedenti atti di violenza al di fuori dell'ambiente familiare,** per esempio contro il personale operante nell'ambito dei servizi sociali o contro le autorità. Queste azioni indicano di solito la tendenza a usare metodi violenti anche in casa.
- **Divorzi e separazioni** sono momenti a rischio.
- **Atti di violenza commessi da altri membri della famiglia** del perpetratore possono essere usati per controllare la vittima, impedendole di fuggire.
- **Possesso e/o uso di armi:** il possesso legale o illegale di armi aumenta il rischio di violenza armata, specialmente nel caso in cui il perpetratore abbia usato o minacciato l'uso di armi durante precedenti episodi di violenza.
- **L'abuso di alcol e droghe** di per sé non causa violenza ma può diminuire la soglia d'autocontrollo e contribuire a un'escalation della violenza.
- **Le minacce** devono sempre essere prese seriamente. È un errore pensare che le persone che si limitano a minacciare non siano pericolose – infatti, gravi episodi di violenza sono sovente preceduti da minacce. In particolare, è importante prendere seriamente le minacce di morte: in numerosi casi di omicidio, le donne erano state minacciate ripetutamente dai loro partner prima di essere ammazzate.
- **Gelosia e possessività eccessive:** i perpetratori di violenza che uccidono o feriscono gravemente le loro partner sono spesso posseduti da un desiderio di controllo. Per questo le accusano costantemente d'infedeltà, considerando tutti gli altri uomini come potenziali rivali.
- **Idee e comportamenti eccessivamente patriarcali:** per esempio l'idea che la donna, o la giovane donna, debba obbedire al proprio marito o al padre considerandolo il capofamiglia, oppure che debba conformarsi a rigidi comportamenti basati sull'onore e la sessualità.
- **Persecuzione e terrore psicologico (pedinamenti):** numerosi perpetratori non accettano la separazione dalla propria partner e cercano d'impedirla in tutti i modi, anche con l'uso della violenza, minacciando o abusando la vittima persino molti anni dopo la separazione.
- **Pericoli per i bambini:** anche i bambini sono più a rischio durante fasi di separazione e divorzio. L'aggressività del partner violento può riversarsi anche su di loro, e possono essere abusati o uccisi come atto di vendetta. Per questa ragione, il piano di sicurezza deve sempre includere anche i bambini.
- **Il mancato rispetto delle ordinanze restrittive del giudice o della polizia** è indice di una situazione ad alto rischio poiché dimostra che il perpetratore non intende cambiare comportamento.

<sup>96</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 83-84.

- **Le possibili cause** di un'escalation della violenza hanno a che fare con cambiamenti all'interno della relazione, per esempio quando la donna comincia a lavorare contro il volere del partner, quando cerca aiuto o quando avvia le pratiche di divorzio.

## 5.2 Come effettuare la valutazione dei rischi

La valutazione dei rischi permette alle autorità giudiziarie di decidere quali azioni intraprendere contro il perpetratore. Inoltre, permette anche agli operatori sanitari e al resto del personale di aiutare la vittima a trovare il modo migliore per aumentare la propria sicurezza e a prestare attenzione ai rischi.<sup>97</sup>

### DOMANDE DA PORRE QUANDO SI EFFETTUA LA VALUTAZIONE DEI RISCHI:

- ▶ Corre qualche rischio a tornare a casa?
- ▶ Che cosa pensa possa accadere?
- ▶ Di che cosa è stata minacciata?
- ▶ Anche i bambini sono stati minacciati?

### SPECCS<sup>98</sup>

I responsabili clinici, gli operatori sanitari e i difensori contro la VDG possono trovare utile l'impiego di acronimi per memorizzare i fattori chiave o gli step da intraprendere quando si valutano i rischi. Un esempio usato nel Regno Unito è l'acronimo "S P E C C S", che indica:

**SEPARATION/CHILD CONTACT** (Separazione/contatto con i bambini): lasciare un partner violento è estremamente rischioso.

**PREGNANCY** (Gravidanza)(pre-natale o fino a un anno d'età): il 30% della violenza domestica e degli abusi comincia durante la gravidanza.

**ESCALATION OF VIOLENCE** (Escalation della violenza): episodi di violenza domestica accaduti in passato sono l'indicatore più efficace di violenza futura. Per il 35% delle famiglie, il secondo episodio di violenza avviene entro cinque settimane dal primo.

**CULTURAL FACTORS** (Fattori culturali): per esempio barriere linguistiche, permesso di soggiorno e isolamento.

**STALKING** (Pedinamenti): secondo le ricerche, i pedinamenti che avvengono all'interno di una relazione di coppia sono più pericolosi e ossessivi rispetto a quelli che non coinvolgono il partner.

**SEXUAL ASSAULT** (Aggressione sessuale): quando i perpetratori usano sia violenza fisica che sessuale, le vittime corrono un rischio elevato.

*Questa lista non è esaustiva.*

## 5.3 Come supportare la paziente nello sviluppo di un piano di sicurezza

Il piano di sicurezza fa parte del processo generale di gestione dei rischi - che mira a prevenire la violenza influenzando i fattori di rischio e di protezione - e intende migliorare le risorse a disposizione della vittima, sia quelle dinamiche (per es. l'ambiente sociale) che quelle statiche (per es. l'ambiente fisico: serrature, videocamere ecc.)

<sup>97</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 84.

<sup>98</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 85.

Il piano di sicurezza permette alla donna di prepararsi per interrompere la relazione in sicurezza, **in caso di un'escalation della violenza**. Le strutture sanitarie hanno la responsabilità di creare percorsi di rinvio a consulto presso altri servizi per fornire un ulteriore supporto alle vittime di violenza, per esempio case rifugio o organizzazioni per le donne, che hanno le competenze per assistere le pazienti. Lo sviluppo di un tale piano di sicurezza può essere difficoltoso per le donne che non hanno indipendenza economica, specialmente quelle che fanno parte di minoranze etniche e che vivono in aree rurali. Queste donne non hanno le risorse necessarie per poter lasciare il partner e, in mancanza di case rifugio, non sono in grado di pagare un soggiorno temporaneo in un hotel o una pensione. In caso di pericolo immediato, e in mancanza di case rifugio, le strutture sanitarie dovrebbero poter offrire ospitalità alle vittime.<sup>99</sup>

La seguente checklist fornisce ulteriori indicazioni agli operatori sanitari e ai difensori della VDG per sviluppare, assieme alla paziente, un piano di sicurezza.

### **CHECKLIST PER L'ASSISTENZA DEI DIFENSORI DELLA VDG NELLO SVILUPPO, ASSIEME ALLE VITTIME DI VIOLENZA, DI UN PIANO DI SICUREZZA:<sup>100</sup>**

- ✓ Identifichi uno o più vicini di casa cui parlare della violenza e chiedi loro di intervenire in caso di urla o rumori provenienti dalla casa.
- ✓ Le vengono in mente amici o famigliari fidati, che potrebbero ospitare lei e i bambini per alcuni giorni?
- ✓ Decida dove andare e come raggiungere tale località nel caso in cui dovesse lasciare la casa, anche se pensa che non accadrà.
- ✓ Cerchi di affrontare le discussioni inevitabili in una camera o in una zona da cui è facile fuggire.
- ✓ Stia lontana da zone in cui ci sono armi.
- ✓ Si eserciti a uscire dalla casa in sicurezza. Identifichi le migliori vie d'uscita: porte, finestre, ascensore o scale.
- ✓ Prepari una borsa contenente: soldi, un mazzo di chiavi, documenti importanti e vestiti, e la custodisca a casa di un familiare o un amico, nel caso in cui fosse costretta a lasciare la casa di fretta.
- ✓ Stabilisca una parola in codice da usare con i bambini, i famigliari, gli amici o i vicini quando vuole che chiamino la polizia.
- ✓ Usi il suo istinto e la sua capacità di giudizio. In una situazione particolarmente pericolosa, consideri l'eventualità di assecondare il perpetratore per calmarlo. Lei ha il diritto di proteggere sé stessa e i bambini.
- ✓ Ricordi sempre che lei non merita di essere minacciata o picchiata.

I piani di sicurezza sono sviluppati dal difensore contro la VDG nell'ambito del servizio di supporto. Tuttavia, è comunque importante che gli operatori sanitari conoscano il processo di sviluppo dei piani di sicurezza in caso di emergenza. In casi di estremo pericolo, e solo dopo aver ottenuto il consenso della donna, è necessario contattare le forze dell'ordine.

## **6. PERCORSI DI RINVIO A CONSULTO**

**Gli operatori sanitari sono spesso il primo punto di contatto per le vittime di VDG.**

Per questa ragione, sono nella posizione adatta per identificare la VDG, fornire assistenza medica e, quando necessario, rinviare le vittime ad altri servizi, che includono: specialisti nella medesima o in un'altra struttura sanitaria, gruppi di assistenza psicologica, medici esperti nel trattamento dell'HIV o altri tipi di servizi quali case rifugio o organizzazioni che forniscono sostegno psicologico e legale. Viceversa, gli operatori sanitari possono ricevere pazienti inviate dalla polizia, case rifugio o altri enti sanitari.<sup>101</sup>

<sup>99</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 85.

<sup>100</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 86.

<sup>101</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 87.

**Il progetto IMPLEMENT ha lo scopo di sviluppare e rafforzare il percorso di rinvio a consulto tra la struttura sanitaria e gli altri servizi di supporto.** Gli operatori sanitari vengono formati per poter identificare la VDG e rinviare a consulto la paziente a un difensore contro la VDG, che opera all'interno di un servizio specialistico di supporto alle donne e ha il compito di accertare che la vittima sia rinviata a consulto presso il servizio adeguato. Nel caso in cui nel paese non vi fossero servizi specializzati nell'assistenza alla donna, è compito del professionista creare le condizioni per fornire supporto alle vittime di violenza all'interno della propria struttura sanitaria.

## 6.1 Concetti essenziali del percorso di rinvio a consulto

Le donne vittime di VDG hanno molteplici e diverse necessità, che includono - solo per citarne alcune - assistenza sanitaria, una sistemazione sicura, supporto psicologico, protezione da parte della polizia e assistenza legale. Alla lista, che non è esaustiva, vanno aggiunti altri fattori, per esempio gli aspetti finanziari, la protezione dei figli ecc. Per tutte queste ragioni, per contrastare la VDG è necessario impiegare una serie completa di servizi. Infatti, una singola organizzazione non potrebbe fornire tutti i servizi necessari in maniera adeguata e specializzata. In questo senso, una risposta che sia in grado di coordinare tutti i servizi forniti dai diversi enti può fornire un supporto completo alle vittime di VDG. L'esistenza di un **percorso di assistenza** istituzionalizzato è un prerequisito importante per la pianificazione e lo sviluppo di un sistema di riferimenti efficace.

Una rete di rinvio a consulto solitamente include: diversi enti pubblici, organizzazioni di donne, organizzazioni comunitarie, istituti medici e altri enti. Può succedere che la donna si "auto-riferisca", nel caso in cui approcci direttamente un ente. Come buona pratica a livello clinico, ogni rinvio a consulto deve avvenire con il consenso della donna coinvolta. Tuttavia, è possibile accettare il rinvio a consulto da parte di un membro della famiglia o di un ente anche senza il consenso della donna in casi di pericolo di vita, minacce di suicidio, minacce di morte o matrimonio infantile.<sup>102</sup>

I meccanismi di rinvio a consulto possono funzionare su livelli differenti - nazionale, regionale e/o municipale/comunitario. I meccanismi di rinvio a consulto locale e/o regionale devono essere fondati su leggi e/o politiche nazionali.

Un percorso di assistenza prevede la creazione di un processo di rinvio a consulto, attraverso il quale la donna può entrare in contatto con un professionista o un ente sanitario e con il quale il personale e le istituzioni comunicano tra di loro per fornire un supporto completo. (UNFPA-WAVE, p. 87)

## 6.2 Benefici del percorso di rinvio a consulto

Quando un responsabile clinico, un professionista sanitario o un difensore contro la VDG guidano la vittima attraverso un sistema di rinvii a consulto, le permettono di accedere a un'assistenza completa, specialistica e personalizzata. Dal punto di vista del personale sanitario, un chiaro e semplice percorso di rinvio a consulto è utile sia agli operatori che alla vittima, poiché:

- **alleggerisce il loro carico di lavoro**, dal momento che possono contare sul supporto offerto da altri enti partner
- **aumenta la tranquillità degli operatori sanitari quando devono porre domande sulla violenza**
- **li prepara ad agire efficacemente quando si trovano ad operare con una vittima di VDG**, ricordando che l'esistenza di un sistema di rinvio a consulto delle vittime costituisce un requisito minimo per i professionisti sanitari che si occupano di VDG.<sup>103</sup>

<sup>102</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 87.

<sup>103</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 90.

Concretamente, il difensore contro la VDG fornisce un supporto importante ai responsabili clinici e agli operatori sanitari, i quali sono spesso in difficoltà per la mancanza di tempo e di risorse, in strutture sanitarie oberate di lavoro.

### AL FINE DI OTTENERE UN RINVIO A CONSULTO EFFICACE, I PROFESSIONISTI SANITARI DEVONO:<sup>104</sup>

- **Saper riconoscere la VDG, facilitarne la denuncia e fornire la prima linea di supporto**
- **Saper valutare la situazione personale e i bisogni della paziente.** Se il rischio valutato è elevato, è necessario intervenire immediatamente, per esempio tramite supporto medico o psicologico e/o accesso a una casa rifugio. Se il rischio non è elevato, può essere utile rinviare la paziente a consulto presso altri servizi di supporto sociale, psicologico o legale.
- **Conoscere la legislazione nazionale** in materia di VDG, incluse le definizioni dei reati penali pertinenti, sapere quali sono le misure di protezione disponibili e ottemperare agli obblighi di verbalizzazione della violenza. Queste conoscenze sono richieste solo nella misura in cui rientrano nei propri obblighi professionali.
- **Ottenere il consenso della vittima prima di condividere informazioni** relative al suo caso con altri enti o servizi, e seguire le procedure per la protezione della riservatezza della donna. Tuttavia, in alcuni casi è necessario condividere le informazioni anche senza il consenso della vittima.

I responsabili e i professionisti sanitari devono accertarsi che le vittime di violenza siano rinviate a consulto presso il difensore contro la VDG designato, per ottenere ulteriore supporto.

### COMPONENTI DI UN EFFICIENTE SISTEMA DI RINVIO A CONSULTO:<sup>105</sup>

- ▶ **Un consenso comune sullo scopo della partnership** e la sua sottoscrizione da parte di tutti i partner, che si impegnano a dedicare al progetto le risorse necessarie. La visione comune deve poter descrivere in una frase ciò che i partner intendono realizzare.
- ▶ **Una struttura pratica inserita all'interno delle più generali organizzazioni locali, che consiste di un gruppo strategico** che collabora con gli enti partner per definirne gli obiettivi, e di un **braccio operativo** supportato da sottogruppi tematici. La direzione strategica e gli interventi operativi devono essere supportati da risorse efficaci e meccanismi di responsabilità.
- ▶ **Una strategia comune** che individui gli obiettivi fondamentali e gli indicatori di successo; e un piano operativo che definisca i risultati e i prodotti voluti, le persone responsabili per il raggiungimento dei risultati, un piano temporale, un budget e un sistema di revisione e controllo della qualità.
- ▶ **Il coinvolgimento di leader strategici** a livello direzionale, di **quadri** che gestiscano il personale a livello operativo **e di personale in prima linea** a livello di sottogruppi incaricati di eseguire il lavoro, che possono essere consultati in relazione alle possibilità d'azione. Inoltre, è importante includere i rappresentanti delle ONG.
- ▶ Il piano d'azione deve poter contare su **adeguate risorse finanziarie e di personale.**
- ▶ **Il coordinatore ricopre il ruolo di facilitatore. Tuttavia, sono le attività condotte dagli enti partecipanti che fanno funzionare la partnership.**
- ▶ **La formazione di tutti i professionisti coinvolti** – finalizzata all'eliminazione dei luoghi comuni e alla creazione di competenze e fiducia nel personale - che rispecchi il contesto locale, le procedure e i servizi disponibili. I partner devono contribuire alla creazione di messaggi chiave per coinvolgere direttori e responsabili nei processi di formazione, sia come partecipanti che come co-formatori.
- ▶ **Lo sviluppo di un utile set di dati** per monitorare e rendere effettiva la partnership. Ciò

Per sviluppare un percorso di assistenza non basta avere un sistema di riferimenti. Deve esserci impegno e cooperazione, lavoro e consapevolezza sulle procedure, sulle politiche, sulla formazione e sulle reti di supporto disponibili.

<sup>104</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 251.

<sup>105</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 96.

implica trovare un accordo su un set di dati di base per supportare la strategia, su obiettivi e indicatori e su un processo di revisione regolare dei dati provenienti dagli enti partner durante i meeting di gruppo.

- ▶ **L'esistenza di politiche, protocolli e procedure operative standard** per la sostenibilità e la responsabilizzazione della partnership.

## **IDENTIFICAZIONE E RINVIO A CONSULTO PER MIGLIORARE LA SICUREZZA (IRIS)<sup>106</sup>**

### **24 centri medici a Londra e a Bristol:**

- Formazione di professionisti sanitari e personale amministrativo
- Creazione di un semplice percorso di rinvio a consulto per il personale specialistico che si occupa di violenza domestica
- Supporto tecnico ai team medici

### **Valutazione: confronto con altri 24 centri medici di controllo**

#### **Risultati: i centri medici su cui si è intervenuto (a Londra e a Bristol) hanno riportato:**

- un tasso d'identificazione 3 volte più elevato
- un numero di rinvii a consulto ricevuti 6 volte più elevato (rispetto ai centri medici di controllo)

## **ESEMPIO DI BUONA PRATICA DALL'AUSTRIA: GRUPPI DI SUPPORTO ALLE VITTIME NEGLI OSPEDALI**

Nel 2011, la Normativa Austriaca sulle Strutture Sanitarie stabili "gruppi di protezione per le vittime" negli ospedali. La legge specifica che devono essere istituiti gruppi separati per bambini vittime di violenze e per adulti vittime di violenza domestica. I due principali obiettivi di questi gruppi di protezione per le vittime sono l'individuazione preventiva della violenza e la sensibilizzazione di operatori sanitari per quanto riguarda la violenza domestica. I gruppi devono essere formati da almeno due dottori specializzati in chirurgia d'emergenza e ginecologia/ostetricia, così come infermieri e operatori sanitari specializzati in assistenza psicologica e psicoterapeutica. Questa legge trasformò prassi già esistenti in un obbligo giuridico. Nel General Hospital della città di Vienna (AKH), non solo si istituì un gruppo di protezione per le vittime nel 2011, ma le norme della procedura furono anche adottate per specificare inoltre gli obiettivi e le missioni dei gruppi: sensibilizzare gli operatori sanitari che entrano in contatto con le vittime di violenza domestica; sviluppare procedure e linee guida standard per gli interventi; organizzare la formazione; coordinare i differenti dipartimenti e le conferenze sul caso. Sebbene i gruppi di protezione per le vittime siano accolti con favore, restano alcune sfide, per esempio: la disposizione di risorse umane e finanziarie; erogare formazione sulla VDG (Violenza Di Genere) obbligatoria per tutti gli operatori sanitari; instaurare una cooperazione efficace con stakeholders sia interni che esterni, come centri di accoglienza, forze dell'ordine, medicina generale.<sup>107</sup>

<sup>106</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 252.

<sup>107</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 65.

## 6.3 Servizi specializzati di supporto alle donne

La partecipazione delle organizzazioni di donne nella risposta multi-settoriale alla VDG è molto importante. Infatti, queste organizzazioni presentano di solito una lunga esperienza di lotta alla VDG. Inoltre, in quanto fornitori di servizi diretti e specializzati, sono nella posizione di offrire supporto e accompagnamento alle vittime attraverso l'intero processo. Queste organizzazioni integrano, ma non sostituiscono, i servizi d'assistenza generale erogati dagli enti pubblici.

I servizi specializzati di supporto alle donne vittime di VDG possono offrire un'ampia gamma di servizi, in particolare: case rifugio, supporto telefonico, centri di supporto per le donne, varie tipologie di assistenza fuori sede e servizi specializzati per le vittime di violenza sessuale. Queste organizzazioni possono fornire un più ampio servizio alle vittime di VDG focalizzandosi sulle donne che hanno subito specifiche forme di violenza (per esempio violenza di coppia, traffico o violenza sessuale) o su quelle che appartengono a gruppi specifici (per esempio migranti, adolescenti o prostitute).<sup>108</sup>

Gli esperti in VDG che operano all'interno dei servizi specializzati di supporto alle donne sono figure fondamentali nell'ambito del percorso di rinvio a consulto e costituiscono una risorsa chiave per il settore sanitario. Si tratta di professionisti formati per comprendere la VDG, fornire supporto critico e collaborare con le forze dell'ordine.

TABELLA 7: ESEMPI DI SERVIZI DI SUPPORTO ALLE DONNE<sup>109</sup>

**Supporto telefonico per le donne** Per le vittime, questo potrebbe essere il primo punto di contatto per ricevere informazioni sui servizi e le opzioni legali disponibili. Per questo, i supporti telefonici - numeri di telefono ampiamente pubblicizzati che forniscono assistenza, intervento immediato e rinvii a "servizi faccia-a-faccia" come case rifugio o forze dell'ordine - costituiscono la base per una risposta multi-settoriale alla VDG. Il supporto telefonico per le donne dovrebbe essere attivo tutti i giorni 24 ore su 24, gratuito, anonimo e di sostegno a ogni tipo VDG. In ogni nazione deve esserci almeno una linea di supporto telefonico che fornisce assistenza in tutte le principali lingue parlate nel paese, che deve essere accessibile a tutte le donne. Tale servizio deve essere attivo per un ragionevole numero di ore.

**Case rifugio per donne** Sono strutture specializzate in grado di ospitare le donne vittime di violenza e i loro bambini in qualsiasi momento. Inoltre, forniscono supporto completo e senso di legittimazione alle vittime, aiutandole a superare l'esperienza traumatica, riguadagnare fiducia in loro stesse e gettare le basi per una vita autonoma e libera. Le case rifugio devono essere accessibili tutti i giorni, 24 ore su 24, e devono presentare caratteristiche di sicurezza specifiche, che includono: una valutazione dei rischi, un piano di sicurezza per ogni singolo caso e la segretezza dell'ubicazione dell'edificio al fine di proteggere le pazienti e lo staff, ma anche il vicinato, dagli attacchi dei perpetratori. Il numero delle case rifugio disponibili nel paese deve essere sufficiente; le stime di riferimento ne indicano almeno una ogni 10.000 abitanti. Un servizio importante offerto dalle case rifugio è costituito dal supporto di follow-up, che permette di assistere le donne e le giovani donne nel processo di reintegrazione dopo aver lasciato il rifugio. Questo servizio deve tenere in considerazione i rischi esistenti, le modalità di sussistenza economica della paziente, i suoi mezzi di sostentamento e altri fattori. Il processo di reintegrazione deve essere gestito con attenzione, per assicurare la sicurezza della donna e dei bambini, e deve essere successivamente monitorato da un assistente sociale.

<sup>108</sup> UNFPA-WAVE, "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 91.

<sup>109</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 92-93.

**Centri di supporto per le donne** In alcune nazioni sono anche chiamati "centri d'emergenza per le donne" o "consultori per le donne" e comprendono tutti i servizi di supporto fuori sede (counseling psicosociale, informazioni di tipo legale, consigli, supporto pratico, accompagnamento in tribunale ecc.) alle vittime di VDG e ai loro bambini. Queste organizzazioni hanno un ruolo molto importante nei paesi in cui non sono presenti case rifugio. Inoltre, forniscono sostegno e counseling alle donne che, seppur non avendo bisogno di una sistemazione, necessitano comunque di assistenza.

**Centri di supporto alle vittime di violenza sessuale** Considerata la natura traumatica della violenza sessuale, sono necessari servizi specializzati di supporto alle vittime di questo tipo di violenza, che impieghino personale specializzato e formato per gestire i vari casi con delicatezza. Questi servizi includono: immediati interventi medici e di supporto al trauma subito – in aggiunta a counseling psicologico a lungo e medio termine – e immediata perizia medico-legale per raccogliere le prove necessarie al procedimento giudiziario. È buona prassi condurre le perizie medico-legali, raccogliendo e archiviando i campioni, indipendentemente dall'intenzione di denunciare lo stupro alle forze dell'ordine. In questo modo, la vittima potrà decidere in un secondo momento se rivolgersi alla polizia oppure no.

È possibile che questi servizi specializzati di supporto alle vittime di violenza sessuale non esistano in tutti i paesi europei. In tal caso, è di fondamentale importanza che i professionisti sanitari, in particolare ginecologi e medici legali, abbiano ricevuto la formazione necessaria per fornire immediate cure mediche e supporto al trauma.<sup>110</sup>

### **SERVIZI GENERALI DI SUPPORTO**

Si tratta di servizi finanziati e offerti da enti pubblici per aiuti a lungo termine che non sono pensati specificamente per le vittime di violenza ma per il pubblico in generale. Questi includono - oltre ai servizi sanitari – alloggio, aiuti finanziari, servizi sociali e all'occupazione, educazione pubblica e tutela dei minori. Questi servizi generali sono integrati da quelli di supporto alle donne, che sono specializzati nell'assistenza specifica delle vittime di VDG. In particolare, i servizi sanitari e sociali sono di solito il primo punto di contatto per le vittime di VDG e devono, quindi, essere finanziati in maniera adeguata per essere in grado di portare avanti il lavoro sul lungo periodo. Il personale deve essere formato sulle diverse forme di VDG, sui bisogni specifici delle vittime e sulle modalità di risposta utili alle donne (Articolo 21 della Convenzione di Istanbul e Report Esplicativo).<sup>111</sup>

### **FORZE DELL'ORDINE E SISTEMA GIUDIZIARIO**

Le forze dell'ordine e il sistema giudiziario hanno il compito d'indagare e perseguire i casi di VDG che costituiscono reato penale secondo le leggi nazionali e stabilire le responsabilità dell'accusato. In alcuni paesi, le forze dell'ordine sono legittimate a emettere e far rispettare ordinanze restrittive. Il tribunale civile decide in merito al divorzio e alla custodia dei figli e, in alcune nazioni, può emettere un ordine di protezione che proibisce al perpetratore di incontrare la vittima. Secondo le circostanze del caso, il tribunale civile e quello penale decidono se esistono gli estremi per una compensazione per i danni subiti dalla vittima di VDG.

Per poter garantire l'accesso alla giustizia da parte delle vittime di VDG e far sì che possano de facto godere dei loro diritti, è necessario formare le forze dell'ordine, i Pubblici Ministeri e i Giudici sulla VDG e sulla risposta alla violenza. Inoltre, le vittime dovrebbero essere adeguatamente protette, ottenere supporto legale gratuito ed essere trattate e interrogate in maniera rispettosa e delicata, per evitare ulteriori traumi. La presenza di sale d'attesa separate nei tribunali può evitare scontri tra il perpetratore e la vittima.<sup>112</sup>

<sup>110</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 93.

<sup>111</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 93.

<sup>112</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 93.

## 7. COOPERAZIONE MULTISETTORIALE

Considerata la natura multisetoriale della programmazione sulla VDG, è importante coinvolgere un ampio spettro di attori, con diversi programmi, priorità e scopi, e permettere loro di lavorare su obiettivi comuni, nonostante le differenze. Per esempio, è responsabilità di ogni ente garantire la sicurezza delle vittime e la formulazione di risposte comprensive e sensibili. Ogni ente deve, inoltre, accertarsi che vengano intraprese iniziative adeguate per assicurare assistenza e legittimazione alle vittime, sostenendo il loro benessere generale durante il processo di supporto e nella fase di follow-up.<sup>113</sup>

Il problema della violenza deve essere riconosciuto dai servizi sanitari e sociali, inclusa l'assistenza sanitaria di base e quella specialistica, così come da varie organizzazioni ed enti, in particolare le organizzazioni di donne specializzate nella fornitura di servizi di supporto. Ognuno di questi settori deve sviluppare le proprie modalità d'azione, le politiche e le procedure per combattere efficacemente la VDG. È inoltre fondamentale creare linee guida che indichino come gestire situazioni e problematiche che coinvolgono molteplici istituzioni.<sup>114</sup>

Inoltre, **"un modo per prevenire la violenza è parlarne e renderla visibile. Le attività di prevenzione della violenza dovrebbero far parte dei programmi di ogni settore dei servizi sociali, a tutti i livelli di amministrazione, e degli obiettivi, delle politiche e delle procedure delle unità operative"**.<sup>115</sup> Pertanto, è importante impegnarsi a mantenere il regolare coordinamento tra i vari enti che si occupano di VDG, soprattutto dal momento che il settore sanitario e i servizi di supporto alle donne sono entità separate che operano con necessità e risultati differenti ma che, tuttavia, sono ugualmente importanti e reciprocamente vantaggiosi nel processo di recupero delle vittime di VDG.<sup>116</sup>

Per sviluppare un percorso di assistenza non basta avere un sistema di riferimenti. Deve esserci impegno e cooperazione, lavoro e consapevolezza sulle procedure, sulle politiche, sulla formazione e sulle reti di supporto disponibili.

### COMPONENTI CHIAVE DELLA COOPERAZIONE MULTISETTORIALE <sup>117</sup>

- Comprendere il fenomeno e la spirale della violenza
- Riconoscere i sintomi del trauma
- Cercare regolarmente segni di violenza in tutte le persone
- Fare domande sulla possibile violenza e sapere come comportarsi in sua presenza
- Reagire all'emergenza - occuparsi della sicurezza, fornire informazioni idonee e conoscere le procedure di rinvio a consulto
- Effettuare follow-up
- Collaborare con altri professionisti ed esperti

Inoltre, per promuovere una leadership e una collaborazione, efficace è fondamentale che gli individui e le organizzazioni:<sup>118</sup>

- Condividano risorse e obiettivi
- Si scambino informazioni e buone pratiche

Come indicato nel secondo capitolo, la maggior parte delle donne vittime di violenza si rivolge ai servizi sanitari (ospedale, medico o altro operatore sanitario) più che ad altri tipi di servizi. Tuttavia, **l'assistenza alle vittime di violenza non si deve limitare agli operatori sanitari**. Infatti, è importante che il settore sanitario e i servizi specializzati nell'assistenza alle donne lavorino assieme per garantire il miglior supporto possibile alle vittime di VDG, specialmente se si tiene in considerazione che le donne dichiarano di provare vergogna e imbarazzo dopo un'esperienza di violenza e per questo motivo non si rivolgono ad altre organizzazioni. Il set-

<sup>113</sup> UNICEF, "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings" (2010), p. 110.

<sup>114</sup> PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 3.

<sup>115</sup> PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 2-3.

<sup>116</sup> PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 5.

<sup>117</sup> PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), p. 3.

<sup>118</sup> UNICEF "Handbook for Coordinating Gender-based Violence Intervention in Humanitarian Settings" (2010), p. 110.

tore sanitario e i servizi di assistenza alle donne, attraverso un efficace sistema di collaborazione multi-settoriale per combattere la VDG, possono – assieme – contrastare i fenomeni di colpevolizzazione e auto-colpevolizzazione della vittima, che impediscono alle donne di cercare aiuto; inoltre, **un'efficace cooperazione multi-settoriale contribuisce ad aumentare la consapevolezza delle vittime in merito ai servizi offerti all'interno della comunità, facilitando così la denuncia della VDG.** Oltretutto, la ricerca condotta dall'ADF dimostra come una collaborazione multi-settoriale migliori l'efficacia e l'armonizzazione della raccolta dei dati. Molte donne vittime di violenza contattano servizi differenti per diverse ragioni – per questo, un lavoro congiunto risulta indispensabile. Un'intensificazione della collaborazione tra il sistema sanitario, le forze dell'ordine, i tribunali e le organizzazioni per le donne e la loro formazione specialistica non solo aumentano la consapevolezza delle donne in merito ai servizi disponibili, ma garantiscono professionalità ed efficienza.<sup>119</sup>

## 7.1 Ruoli e limiti della cooperazione tra i diversi enti

Nelle forme di collaborazione efficaci, ogni gruppo professionale ha una propria opinione in merito al lavoro di prevenzione. Per questo, è importante definire i ruoli, le prospettive e le responsabilità degli operatori sanitari e delle organizzazioni per le donne che operano nel settore della VDG.

### **OTTO FASI DELLO SVILUPPO DELLA COLLABORAZIONE:**<sup>120</sup>

1. Creare una filosofia condivisa della collaborazione che contenga principi e obiettivi: sicurezza delle vittime, responsabilizzazione del perpetratore e de-colpevolizzazione delle vittime.
2. Creare procedure condivise: sensibilità nei confronti delle esperienze vissute dalla vittima.
3. Controllare e tenere traccia dei casi per garantire la responsabilizzazione dei professionisti: chiarire il ruolo di ogni gruppo professionale.
4. Coordinare lo scambio d'informazioni tra i gruppi professionali: sviluppare una prospettiva comune in merito alle norme sulla riservatezza e alla gestione delle informazioni.
5. Fornire risorse e servizi alle vittime.
6. Accertarsi che i perpetratori ricevano sanzioni, restrizioni e servizi.
7. Implementare azioni di protezione per i bambini e fornire loro supporto terapeutico per superare le esperienze traumatiche.
8. Promuovere la formazione continua.

## 7.2 Difficoltà della cooperazione multisettoriale

Un'efficace cooperazione multi-settoriale per la prevenzione della VDG richiede la presenza di numerosi fattori: supporto da parte della comunità e degli ambienti lavorativi, gestione e direzione dei lavori, formazione e conoscenza (inclusa la formazione continua), regolare comunicazione tra i settori, delega dei compiti, accettazione dei limiti del lavoro (incluso il fatto che interrompere una relazione violenta e/o cercare aiuto è una libera scelta della vittima) e cura di sé e dei propri bisogni emotivi (auto-assistenza). Dal momento che la creazione di una collaborazione efficace e di successo può risultare difficile, è importante considerare i possibili ostacoli:<sup>121</sup>

<sup>119</sup> ADF, "Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results" (2014), p. 70.

<sup>120</sup> PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), Module 5.

<sup>121</sup> PRO TRAIN Project "Improving Multi-Professional and Health Care Training in Europe - Building on Good Practice in Violence Prevention, Health Care Sector, Training Programme" (2007-2009), Module 5.

- Valori, norme e comportamenti sociali
- Diritti sociali
- Risorse economiche
- Stereotipi della VDG
- Qualità e quantità dei servizi specializzati
- Formazione dei professionisti
- Valori, norme e convinzioni degli operatori sanitari
- Opinioni personali relative a ruoli e professionalità
- Formazione e preparazione dei professionisti sanitari
- Sensazioni degli operatori riguardo alla violenza

## 8. VALUTAZIONE E FINALIZZAZIONE

### 8.1 Documento per la valutazione del percorso formativo<sup>122</sup>

<p><b>1. Come valuta il percorso formativo nel suo complesso?</b>  <input type="checkbox"/> molto utile   <input type="checkbox"/> utile   <input type="checkbox"/> non molto utile   <input type="checkbox"/> inutile</p>				
<p><b>2. Quali sono le tre cose più importanti che ha imparato in questo corso?</b>  A.  B.  C.</p>				
<p><b>3. C'è qualche parte del corso che le è sembrata meno utile?</b></p>				
<p><b>4. Per favore, valuti i seguenti aspetti del corso (struttura, contenuto, metodologia).</b></p>				
	<b>Sì, molto</b>	<b>Abbastanza</b>	<b>No, non molto</b>	<b>Per niente</b>
Il corso era ben strutturato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il tempo dedicato a ogni modulo è stato sufficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il tempo dedicato al dibattito è stato sufficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il metodo impiegato era adeguato ai miei bisogni formativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dispense e il materiale sono stati utili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il corso è stato rilevante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il corso mi ha aperto nuove prospettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho migliorato le mie capacità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho acquisito sicurezza nella gestione della violenza di genere nel mio lavoro quotidiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il corso mi ha permesso di migliorare le mie conoscenze tramite le esperienze e le pratiche di altri colleghi/nazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il corso mi ha suggerito nuove idee di cooperazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Ha qualche commento o suggerimento per migliorare la struttura, il contenuto o la metodologia del corso?</b></p>				

<sup>122</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 263-265.

<b>5. Come valuta il lavoro dei formatori?</b>	<b>Sì, molto</b>	<b>Abbastanza</b>	<b>No, non molto</b>	<b>Per niente</b>
I formatori erano esperti nel settore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I formatori hanno incentivato l'interazione e lo scambio di idee tra i partecipanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I formatori avevano buone capacità di presentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raccomanderei i formatori per simili corsi futuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Altri commenti o suggerimenti?</b>				
<b>6. C'è qualche argomento che avrebbe voluto sviluppare più approfonditamente?</b>				
C'è qualche argomento che è stato trascurato dal corso?				
<b>7. Come valuta l'organizzazione generale e la logistica del corso?</b>				
<b>Prima del corso</b>	<b>Eccellente</b>	<b>Buono</b>	<b>Mediocre</b>	<b>Non buono</b>
Comunicazioni e informazioni con i formatori prima del corso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione del viaggio e soggiorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Durante il corso</b>	<b>Eccellente</b>	<b>Buono</b>	<b>Mediocre</b>	<b>Non buono</b>
Soggiorno (hotel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locali per il corso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpretariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pause caffè, pranzi e cene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luogo scelto per il corso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localizzazione della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ha qualche commento o suggerimento per migliorare l'organizzazione generale o la logistica?</b>				
<b>8. In che modo il suo lavoro quotidiano trarrà beneficio dagli insegnamenti di questo corso (indichi un esempio concreto)</b>				
<b>9.</b>				
<b>Grazie per aver compilato il nostro questionario di valutazione!</b>				



## APPENDICE

### 1. Esercizi in sequenza continua: miti sulla violenza di genere <sup>123</sup>

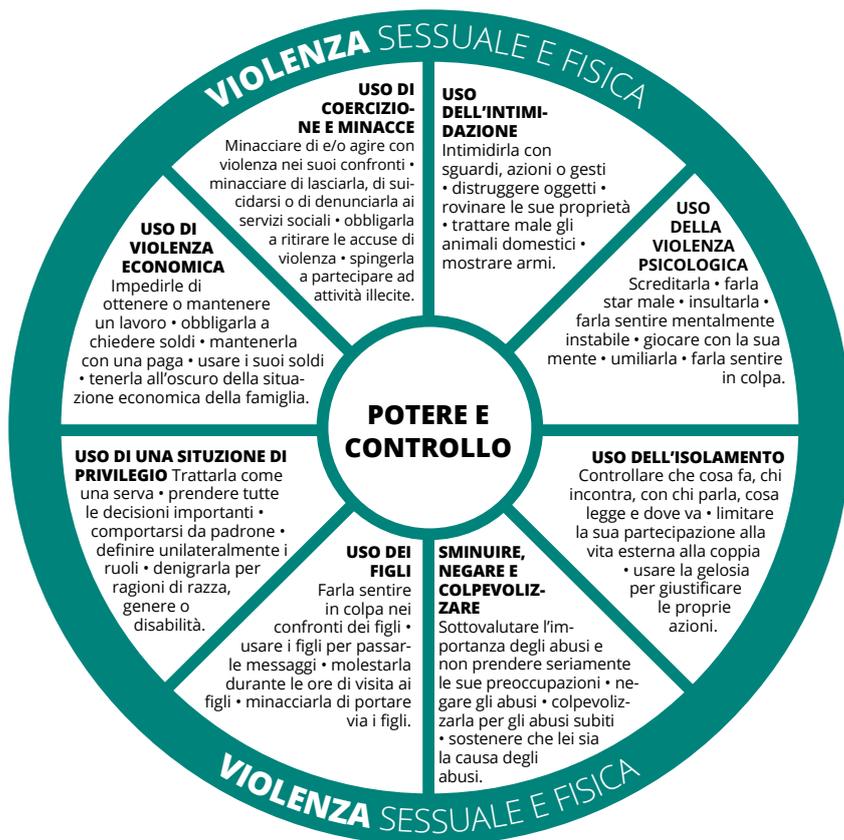
In gruppo, alzarsi in piedi e ascoltare le seguenti affermazioni che saranno lette ad alta voce dai formatori. Un lato della stanza simboleggia “Sono pienamente d'accordo con l'affermazione”, mentre l'altro lato “Sono fortemente in disaccordo con l'affermazione”. Quando ciascuna affermazione viene letta, i partecipanti decidono da che parte della linea che separa l'essere pienamente d'accordo dal non essere affatto d'accordo, vogliono posizionarsi. Il formatore quindi invita i partecipanti a spiegare il motivo per cui si trovano da quel lato e sollecita la discussione dopo ogni affermazione.

- ▶ Lei lo ha provocato – se l'è meritato/lo ha chiesto lei.
- ▶ Sono molti i fattori da considerare prima di chiudere una relazione violenta o andarsene. Non è opportuno dire a una paziente che dovrebbe “semplicemente andarsene”.
- ▶ Succede solo nelle famiglie a basso reddito/della classe operaia.
- ▶ È a causa della sua infanzia – è cresciuto in un ambiente familiare violento.
- ▶ I servizi di assistenza contro la violenza domestica aiutano le donne che subiscono violenza e abuso a scegliere ed esaminare alternative. Non sono lì per salvare le persone.
- ▶ Lui non riesce a controllare la rabbia e/o si comporta così solo quando è ubriaco.
- ▶ Ci sono molte alternative per le donne che subiscono violenza domestica e abuso.
- ▶ Le donne di alcune comunità sono passive e si conformano alla cultura maschilista e alle rigide tradizioni religiose (che possono prevedere il percuotere la moglie, la mutilazione e l'uccisione).
- ▶ Lei dovrebbe rimanere (o andarsene) per il bene dei bambini.
- ▶ Non ha alcun senso cercare di aiutarle perché le donne tornano sempre a casa.

<sup>123</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

## 2. Dispensa: ruote del potere e del controllo

### RUOTE DEL POTERE E DEL CONTROLLO<sup>124</sup>



Adattato da:  
Domestic Abuse Intervention Project  
Duluth, MN 218/722-2781  
www.duluth-model.org

### RUOTA DEL POTERE E DEL CONTROLLO DELLA NONVIOLENZA<sup>125</sup>



<sup>124</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 159.

<sup>125</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

### 3. Quiz: violenza di genere e salute <sup>126</sup>

1. Nell'arco di un periodo di 5 anni, qual è la percentuale di donne di età maggiore o uguale a 16 anni che consulta il proprio medico di medicina generale (MMG) almeno una volta?

- a) 10%                      b) 50%                      c) 90%

2. All'incirca qual è il costo della VDG per l'UE in un anno? <sup>127</sup>

- a) 228 Mrd. EUR                      b) 928 Mio. EUR                      c) 528 Mio. EUR

3. Quanto è più probabile che le donne vittime di VAD facciano uso di stupefacenti rispetto a quelle che non subiscono VAD?

- a) 2                                      b) 9                                      c) 15

4. Quanto è più probabile che le donne vittime di VAD abusino di alcool rispetto a quelle che non subiscono VAD?

- a) 2                                      b) 9                                      c) 15

5. Le donne vittime di VAD, quante volte è più probabile che soffrano di depressione rispetto a quelle che non subiscono alcuna violenza o abuso?

- a) 2                                      b) 4                                      c) 6

6. Qual è la più grande differenza a livello di salute fisica tra le donne vittime di violenza e quelle che non subiscono abusi?

- a) Un maggior numero di problemi ginecologici                      b) Un maggior numero di fratture  
c) Ipertensione

### 4. Esercizio: ruote mediche del potere e del controllo <sup>128</sup>

**Il gruppo viene diviso in due. La ruota incompleta del potere e del controllo medico viene consegnata a un gruppo, mentre quella della difesa, anch'essa da completare, all'altro. Ciascun gruppo deve compilare la ruota al meglio delle proprie conoscenze.**

Il gruppo con la ruota del potere e del controllo deve valutare come la risposta del medico possa essere in collusione con l'autore delle violenze, indebolire la persona sopravvissuta a tale violenza, impedire a quest'ultima di cercare assistenza, ecc. Il gruppo deve fornire degli esempi per completare un paio di sezioni della ruota, come: condividere informazioni senza il previo consenso, suggerire di parlare con il partner/il familiare violento, ecc.

Il gruppo con la ruota della difesa deve valutare come la risposta del medico possa supportare, assistere e rendere la sopravvissuta alla violenza in grado di cercare sostegno. Il gruppo deve fornire degli esempi per completare un paio di sezioni della ruota, come: ascolto e convalida, offerta di rinvio a consulto, ecc.

Ogni gruppo dovrà commentare un paio di sezioni ciascuno prima di consegnare entrambe le ruote completate.

Le ruote dimostrano quanto siano importanti le parole che si usano nel rispondere alle pazienti dato che possono aiutare la persona ad aprirsi o indicare involontariamente collusione

<sup>126</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

<sup>127</sup> WAVE, "Wave Report 2014" (2014), p. 7.

<sup>128</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

con l'autore delle violenze; quindi, diciamo, ciascuno può essere parte del problema o della soluzione.

## 5. Studio di caso: l'esperienza del medico – la storia di Trish <sup>129</sup>

La dottoressa Trish McQuoney è uno dei membri più anziani dell'Air Balloon Surgery di Bristol, una grande struttura sanitaria che assiste oltre 12.000 pazienti in un quartiere popolare centrale. Il Surgery abbraccia il principio dell'innovazione e dal 1996 riceve finanziamenti come Centro nazionale di ricerca e sviluppo di medicina generale. Tre anni fa, questo istituto è stato invitato a partecipare a un progetto di ricerca sviluppato dall'Università di Bristol chiamato IRIS (Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence, ossia Identificazione e invio a consulto per migliorare la sicurezza delle donne che subiscono violenza domestica). Lo studio di controllo randomizzato a cluster ha testato l'efficacia di un programma di supporto e formazione che aiuta gli ambulatori di medicina generale a identificare e indirizzare le pazienti vittime di abusi.

La dottoressa Trish ha voluto sostenere la ricerca dopo aver lavorato nel corso della sua carriera con pazienti che vivevano situazioni di abuso domestico. "Tutti abbiamo incontrato casi di abuso domestico nel nostro lavoro di medici di medicina generale e di medici ospedalieri prima di questo progetto, così ho pensato che il programma potesse essere interessante", afferma. "Ma ero anche un po' scettica sulla quantità di tempo che la formazione avrebbe richiesto, in particolare perché avevo l'impressione di conoscere già le problematiche in questione. L'intero staff - dai centralinisti ai medici di medicina generale (MMG) - avrebbe ricevuto la formazione contemporaneamente quindi, per eseguire il programma formativo, avremmo dovuto fermare le attività principali del Surgery per un intero pomeriggio."

Nonostante la sua preoccupazione iniziale, la dottoressa Trish e il personale del suo gruppo hanno trovato la formazione estremamente utile. Il personale è stato educato a fare attenzione ai segni e ai sintomi che indicano che una paziente potrebbe essere vittima di abusi domestici. Inoltre, è stato incoraggiato a trovare il modo di 'formulare la domanda' utilizzando giochi di ruolo e di ambientazione. "Questo era un approccio nuovo per noi e come molti eravamo comprensibilmente preoccupati che le pazienti si sarebbero turbate se gli avessimo fatto domande in proposito oppure avrebbero trovato la cosa invadente", afferma. "Ma il gruppo di ricerca di IRIS ci ha fornito una gran quantità di prove per dimostrare che, se del caso, le pazienti accettano di buon grado le domande. E questo ci ha enormemente rassicurato."

Una volta addestrato il gruppo, è stato messo in atto un sistema di rinvio a consulto e un percorso di assistenza molto semplice per garantire che le pazienti che rivelano la loro situazione vengano indirizzate ad un difensore-educatore esperto di IRIS presso Next Link, un servizio locale specializzato in abusi domestici. Anche i pazienti di sesso maschile che hanno denunciato situazioni di abuso hanno ricevuto assistenza e sono stati inviati presso servizi specialistici. "Credo che, oltre alla formazione, il solido sistema di rinvio a consulto abbia rivestito un ruolo chiave nel rendere questo progetto un successo", dichiara la dottoressa Trish. "Senza, non avremmo avuto il giusto supporto in atto per poter incoraggiare positivamente le pazienti ad aprirsi." In seguito al feedback ricevuto dalle strutture di medicina generale coinvolte nello studio, è in fase di messa a punto anche un nuovo programma per i responsabili di abusi e violenze di sesso maschile abitanti nella zona.

Avendo lavorato in ambulatorio per 23 anni, la dottoressa Trish pensava di conoscere bene i suoi pazienti. Aveva curato generazioni di famiglie della zona, compresi bambini che, cresciuti,

<sup>129</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

a loro volta avevano messo su famiglia. Nonostante questo, descrive l'intero progetto come “una completa rivelazione. Notando di più i segni e i sintomi che suggeriscono abuso - ansia e depressione a lungo termine, visite ripetute all'ambulatorio per sintomi lievi, problemi ginecologici inspiegabili - mi sono accorta molto di più se le pazienti stavano vivendo situazioni di abuso e dell'impatto negativo che questo aveva sul loro stato di salute. Mi sono resa conto dell'ampiezza e della portata esatta del problema tra il gruppo delle pazienti.”

Da allora la dottoressa Trish ha identificato e rinvio a consulto molte donne perché ricevessero assistenza. “Sono rimasta sorpresa da alcune situazioni che sono emerse”, dice. “Per esempio, una delle pazienti che si è aperta con me la conoscevo da 21 anni. In tutto questo tempo non avevo idea che visse con un marito ipercontrollante e psicologicamente violento e che tale abuso fosse determinante per i suoi problemi di salute. Ci sono state anche donne di sessanta e settanta anni che si sono aperte con me. Queste donne sopportano per tanto tempo, ma quando viene offerto loro il giusto sostegno sono in grado di prendere decisioni davvero coraggiose e cambiare la loro vita per il meglio.”

Oltre a vittime adulte, la dottoressa Trish ha inviato a consulto anche una serie di ragazze adolescenti. “Spesso queste ragazze manifestano bassa autostima e depressione, e forse non si rendono conto di vivere una relazione violenta dato che l'abuso potrebbe non essere fisico; probabilmente il loro fidanzato le sorveglia continuamente controllando le chiamate o i messaggi sul loro telefono cellulare, oppure il loro ex utilizza Facebook per perseguitarle e abusare di loro psicologicamente. In questi casi, può essere utile avere un medico di famiglia, un operatore sanitario che conoscono e di cui si fidano fin dall'infanzia, che dia sostegno e le rinvii a consulto presso dei servizi appropriati, sia di counseling che un servizio specialistico locale.”

Lo studio IRIS ha trovato una differenza sostanziale tra le 24 strutture mediche di controllo e le 24 d'intervento di Bristol e Londra riguardo l'identificazione e l'invio a consulto di donne che subiscono abusi. I risultati completi saranno pubblicati entro la fine dell'anno.

Dal momento in cui il personale è stato coinvolto nello studio, all'Air Balloon Surgery i rinvii a consulto di vittime di abusi sono aumentati drasticamente. Per la dottoressa Trish, il programma è stato un'esperienza estremamente positiva. “Adesso sono convinta che la violenza contro le donne e i bambini sia un problema di salute pubblica molto importante con conseguenze a lungo termine per le donne e le loro famiglie”, afferma. “Da medico di medicina generale con molta esperienza, posso affermare che l'intero progetto è stato a dir poco rivoluzionario.”

## 6. Studio di caso: l'esperienza del paziente - la storia di Kim <sup>130</sup>

“La prima volta che mi sono fatta visitare da un operatore sanitario è stato dopo che il mio partner mi ha pugnalato. Ho lasciato l'appartamento con la gamba vistosamente sanguinante portandomi il bambino in braccio, e sono andata dritta dal medico che mi ha curato la ferita. Dal medico poi ci sono stata in altre occasioni in cui avevo subito violenza fisica, e ogni volta lui ha documentato quello che era successo. Alla fine, mi ha diagnosticato la depressione, prescritto degli antidepressivi e rinvio a consulto presso il centro di salute mentale. Inizialmente, il sentirmi dire che avevo la depressione mi ha dato una sensazione di solitudine; allo stesso tempo però mi sono sentita sollevata per il fatto che qualcuno mi avrebbe finalmente ascoltata.

Ho avuto un appuntamento con uno psichiatra che mi ha inviata da un'operatrice per la ria-

<sup>130</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

bilitazione psichiatrica. Liz veniva a visitarmi a casa; però aveva in cura anche il padre del mio partner violento, così ho sentito di non potermi aprire completamente con lei. L'operatrice mi aveva consigliato di eseguire il test per l'ipotiroidismo dato che questa malattia presenta gli stessi sintomi della depressione. Sono stata trovata positiva così mi è stata prescritta la tiroxina. Ma il sentirmi dire 'basta che continui a prendere i farmaci' non era abbastanza e ha finito per farmi sentire isolata. Dopo diversi anni di cure, sono stata rinviata a consulto da un altro operatore per la riabilitazione psichiatrica, Richard. Il nostro rapporto era migliore, ma non mi sentivo ancora veramente aiutata. Forse perché pensavo che un operatore sanitario avrebbe dovuto sapere quello di cui avevo bisogno e così sono rimasta delusa del contrario. È stato allora che ho iniziato a prendere lo 'speed' (metanfetamina) per affrontare la vita. Questa droga mi faceva sentire felice ma, cosa più importante, mi permetteva di rimanere sveglia e prepararmi al ritorno a casa del mio partner violento, sempre più spesso ubriaco.

Alcuni anni più tardi, ho finito per essere nuovamente rinviata a consulto dalla stessa persona. Anche questa volta, sentivo di non ricevere l'aiuto di cui avevo veramente bisogno. Liz mi piaceva, mi ha sempre fatto sentire accolta ma avevo anche la sensazione che lei fosse sempre 'troppo occupata' e contasse di farmi stare meglio con i farmaci piuttosto che offrirmi una qualche forma di psicoterapia. Terminavo le mie sedute senza sentirmi meglio di quando le avevo cominciate. I miei pensieri e sentimenti negativi nei confronti dei servizi di salute mentale superavano di gran lunga quelli positivi. Sentivo che venire picchiata, minacciata e continuamente umiliata dal mio partner era la causa dei miei problemi mentali. È stato lui che mi ha fatto credere di essere matta. Diceva alla polizia: 'io non ho fatto nulla; è lei la pazza'. Mi ha sfinita al punto che alla fine ho creduto di essere malata di mente.

Avevo lasciato il mio aguzzino ma stavo ancora combattendo con tante difficoltà. Avevo dei problemi con mio figlio che era stato affidato ad una assistente sociale, la quale ci ha inviati entrambi al gruppo di supporto contro la violenza domestica per ricevere aiuto. Per la prima volta in 20 anni, ho creduto di essere stata indirizzata nel posto in cui avrebbero potuto finalmente aiutarmi. Non è mi erano mai stati proposti incontri di gruppo in precedenza. Forse, se fosse successo, la mia guarigione sarebbe avvenuta prima. È stato qui che Sue, il facilitatore del gruppo, ha notato che avevo dei problemi. Mi ha detto che potevano aiutarmi. Sono rimasta estremamente sorpresa dalla premura di questa donna, dal fatto che qualcuno si sarebbe finalmente preoccupato abbastanza di aiutarmi. Sarò eternamente grata a lei e a tutto il personale del gruppo di supporto per la violenza domestica, per sempre. So di avere ancora un cammino lungo e faticoso davanti a me, ma posso finalmente vedere una via d'uscita da tutto il male che c'è stato nella mia vita".

## 7. Esercizio: citazioni di pazienti tratte da IRIS <sup>131</sup>

**In gruppo, discutere le citazioni delle pazienti sotto riportate.  
Quali sono i messaggi chiave espressi dalle pazienti su quello che desiderano?  
Di cosa pensi che le pazienti abbiano bisogno e desiderino?**

🗨️ *"Vai dai medici perché ti senti davvero male e loro ti misurano la pressione e ti danno delle pastiglie per la pressione alta mentre io pensavo di poter parlare con qualcuno. E poi gli dico: non riesco a dormire. Oh beh, ti prescrivo delle compresse per quello e altre per questo problema."*

(persona assistita da IRIS - commento su un MMG)

🗨️ *"Ti senti depressa e loro lo considerano solo come un fatto medico perché a loro non piace davvero pensare che ci sia qualcosa dietro."*

(persona assistita da IRIS - commento su un medico)

<sup>131</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

☞ *"È lui che mi ha rotto la spalla... però il mio ragazzo era con me come traduttore e così il medico di base mi ha dato un pezzo di carta con un certo numero a cui potevo rivolgermi e chiedere aiuto ma ho osservato la reazione del mio ragazzo."*

(persona assistita da IRIS - commento su un medico)

☞ *"Se te lo chiedono, dovresti rispondere."*

(persona assistita da IRIS - commento su dei medici)

☞ *"... L'unico medico che abbia mai chiesto... Ero così sollevata che qualcuno avesse semplicemente detto qualcosa. Mi ha dato la scatola dei fazzoletti e io mi sono immediatamente seduta e ho pianto... e mi ha detto: - dimmi quando te la senti, ha detto, c'è qualcuno là fuori che mi può aiutare. Non sono sola. E se ho bisogno di aiuto, qui c'è e non me ne devo vergognare. Invece mi vergognavo, me ne vergognavo davvero così tanto; mi ha detto, non sei sola. Possiamo aiutarti. E lo ha fatto. L'ha fatto davvero."*

(persona assistita da IRIS - commento su un MMG)

☞ *"Gliel'ho raccontato. Era come se avessimo finalmente trovato la tessera del puzzle. Il medico ha detto che secondo lui il motivo... Ho accennato alla violenza domestica... il mio medico di base ha preso subito provvedimenti".*

(persona assistita da IRIS - commento su un MMG)

☞ *"Non avrei mai pensato che questo giorno sarebbe arrivato... mi sento più forte per affrontare la situazione... non avrei potuto farlo senza il suo sostegno e la sua pazienza, ho dovuto affrontare molte cose difficili."*

(persona assistita da IRIS - commento su un difensore)

☞ *"Ho solo pensato, ci siamo. Questo ha intensione di aiutarmi. E ho sorriso. Sì. Sorridi dentro di te."*

(persona assistita da IRIS - commento su un difensore)

☞ *"Ho riavuto lentamente la mia libertà e sono così felice di prendere le mie decisioni, pianificare la vita a modo mio. Questo non solo per me, ma per i miei figli e le donne come me là fuori."*

(persona assistita da IRIS - commento su un difensore)

## 8. Studio di caso: l'esperienza del paziente – la storia di Catherine <sup>132</sup>

Catherine è una donna caraibica di colore di 49 anni, disabile, con 4 figli adulti.

Catherine era stata invitata a partecipare al programma IRIS dagli operatori della struttura di medicina generale di suo riferimento al 'corrente del problema della violenza domestica' (avendo ricevuto tutto il personale sia la formazione che il supporto continuo di IRIS). Nella struttura era stato affisso un manifesto su IRIS; vistolo, Catherine aveva parlato al suo medico di abuso domestico. Il medico pertanto l'aveva inviata a consulto da un difensore-educatore IRIS che Catherine incontrò presso il consultorio e a cui parlò delle violenze che continuamente subiva. Il marito la insultava e abusava di lei emotivamente e finanziariamente, una situazione questa che stava andando avanti da 26 anni. Durante il primo incontro Catherine aveva riferito di sentirsi triste e depressa e aveva affermato di avere la sensazione di non essere in grado di andare avanti.

Nonostante Catherine fosse registrata in quella struttura sanitaria da oltre 16 anni, non aveva mai parlato a nessuno degli abusi che stava subendo. In precedenza le era stato impossibile accedere al servizio di assistenza specializzato contro la violenza domestica e per lei sarebbe

<sup>132</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

stato pericoloso consultarne altri. Il suo caso inoltre non sarebbe rientrato facilmente nelle categorie di rischio rilevanti per altri servizi locali di assistenza contro la violenza in ambito familiare, come quella di rischio medio e alto di abusi ripetuti. Senza il programma IRIS quindi, Catherine non sarebbe stata in grado di accedere ai servizi di assistenza o a informazioni sulla sua situazione. Proprio perché la struttura di medicina generale era inserita nel programma IRIS, Catherine era riuscita in modo facile e sicuro a prendere degli appuntamenti e a incontrare il difensore-educatore al consultorio. Questo esperto le aveva procurato un'ampia gamma di strumenti pratici di supporto, fornendole varie informazioni e alternative da prendere in considerazione. Le aveva anche dato sostegno emotivo costante, compresi insegnamenti di fondamentale importanza su quello che lei gli aveva rivelato; inoltre aveva sempre affrontato il tema della sicurezza, sua e dei suoi figli.

Il difensore-educatore aveva collaborato con Catherine per 12 mesi. Per i primi due mesi questa collaborazione aveva comportato un incontro una volta ogni due settimane, nei due mesi successivi un incontro una volta al mese e per i restanti otto un incontro una volta ogni due mesi (della durata di circa un'ora ciascuno). In totale l'esperto aveva incontrato Catherine per dieci sessioni di supporto. Era stata Catherine a fissare la frequenza degli appuntamenti: ciò favoriva la sua crescente emancipazione nel prendere decisioni sulla sua vita. A ulteriore supporto erano previste un totale di circa cinque telefonate ed una lettura mensile.

Catherine vive ancora con il marito e nel corso del periodo dei 12 mesi di assistenza ha dichiarato di aver visto molti cambiamenti positivi nella sua vita:

- uscire da sola; uscire di casa almeno una volta al giorno;
- incontrare un'amica/un familiare ogni settimana;
- aprire un conto bancario personale;
- fissare degli obiettivi professionali;
- prendersi una vacanza per andare a trovare la famiglia;
- avere del tempo per sé e per i suoi figli;
- mettersi a studiare;
- riavere "la mia libertà" e "prendere le mie decisioni e pianificare la vita a modo mio".

Adesso Catherine sente di avere il diritto di prendere decisioni per sé e per la sua famiglia, avendo aumentato la sua sicurezza e interrotto il ripetersi degli abusi. Catherine dichiara di avere l'impressione di "essere di nuovo viva" e di "sentirsi più forte per far fronte alle difficoltà"; si sente meno ansiosa e afferma di essere felice e di avere fiducia in sé stessa. Dice inoltre di andare meno frequentemente di prima dal suo medico di base.

La dottoressa Smith dichiara che, dal riconoscimento della situazione di abuso domestico, è come se "fosse stata accesa una luce". La dottoressa ha riscontrato il miglioramento dello stato di salute, benessere emotivo e molti cambiamenti positivi, come per esempio una maggiore indipendenza, sicurezza, autostima, il raggiungimento di obiettivi personali e "l'andare incredibilmente di bene in meglio". Le visite di Catherine all'ambulatorio si sono ridotte di due terzi. Nei 12 mesi precedenti al suo accesso al servizio di assistenza, Catherine era andata dal medico una volta al mese mentre nei 12 mesi in cui stava ricevendo supporto tramite IRIS una volta ogni 3 (una volta a trimestre). La dottoressa Smith ha dichiarato che poiché Catherine soffre di una patologia cronica (legata al suo vissuto di abusi domestici) si aspetterebbe di vederla una volta a trimestre. Catherine ha anche ampiamente ridotto l'uso di farmaci sia per la depressione sia per l'insonnia.

Da quando è entrata in contatto con IRIS, la dottoressa afferma che la struttura medica è meglio attrezzata per aiutare la donna a gestire il suo stato di salute e che la sua assistita sta ricevendo il sostegno di cui ha bisogno.

Queste le parole di Catherine: "incoraggiando me stessa dicendomi che ce la posso fare ..... mi sento emancipata .....mi sento orgogliosa di me stessa... grazie per aver creduto in me."

## 9. Esercizio di gruppo: barriere ai servizi sanitari efficaci <sup>133</sup>

**In your working group, please identify barriers to an effective health care response to GBV.**

Gruppo(i) che lavora(n) sulle barriere che incontra una vittima di violenza:

1. Quali ostacoli impediscono alle donne vittime di VDG di accedere e ricevere servizi sanitari (barriere che incontra una vittima di violenza)?
2. Cosa puoi fare in qualità di operatore sanitario nel tuo lavoro quotidiano per affrontare questi ostacoli? (2-3 proposte)
3. Di quale supporto hai bisogno da parte della direzione nella struttura sanitaria in cui operi per affrontare questi ostacoli?

Gruppo(i) che lavora(n) sulle barriere che incontra chi fornisce servizi di assistenza:

1. Quali ostacoli impediscono agli operatori sanitari di fornire un'assistenza e cure mediche efficaci alle pazienti che hanno subito VDG (barriere che incontra chi fornisce servizi di assistenza)?
2. Cosa puoi fare in qualità di operatore sanitario nel tuo lavoro quotidiano per affrontare questi ostacoli? (2-3 proposte)
3. Di quale supporto hai bisogno da parte della direzione nella struttura sanitaria in cui operi per affrontare questi ostacoli?

Scrivere gli ostacoli e i suggerimenti personali su una pagina della lavagna a fogli mobili. Si hanno a disposizione 20 minuti di tempo per le discussioni di gruppo.

Ogni gruppo deve incaricare un relatore che illustri i punti riportati sulla lavagna al gruppo stesso.

## 10. Gioco di ruolo: 1. <sup>134</sup>

**Formare gruppi di 2: una persona interpreta il ruolo del paziente, l'altra quello del responsabile clinico/difensore contro la VDG. Si svolga il seguente gioco di ruolo a seconda della propria parte. Come gestiresti la situazione?**

### PAZIENTE

- Siete una donna di 34 anni con due bambini in età prescolare.
- Sei dal medico per rivedere la cura con farmaci anti depressivi che hai assunto negli ultimi 9 mesi.
- Sei un avvocato che lavora part-time e tuo marito è un medico.
- È una giornata calda ma indossi una sciarpa perché hai dei lividi sul collo dopo una lite avuta ieri sera con tuo marito.
- In passato hai avuto un timpano perforato, fatto avvenuto durante la luna di miele (per un'aggressione, ma non l'hai mai detto a nessuno).
- Hai avuto due aborti spontanei.
- Ti senti molto depressa e desideri più antidepressivi. Ti senti senza speranza e spaventata.

<sup>133</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 181.

<sup>134</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

### **OPERATORE SANITARIO CHE FORNISCE ASSISTENZA**

- Sei nuovo nella struttura sanitaria e non hai mai visto la paziente prima.
- Nell'esaminare la sua cartella clinica noti che ha una storia di timpano perforato verificata durante la luna di miele.
- In passato, ha avuto due aborti spontanei.
- Quando entra, noti che indossa una sciarpa anche se è una giornata calda.
- Appare stanca e ansiosa.

## **11. Gioco di ruolo: 2.** <sup>135</sup>

**Formare gruppi di 2: una persona interpreta il ruolo del paziente, l'altra quello del responsabile clinico/difensore contro la VDG. Si svolga il seguente gioco di ruolo a seconda della propria parte. Come gestiresti la situazione?**

### **PAZIENTE**

- Sei una donna di 18 anni alla trentaduesima settimana di gestazione della tua seconda gravidanza, avendo avuto un precedente aborto all'età di 15 anni.
- Sei dal tuo MMG perché hai avuto frequenti mal di testa e non sai con certezza il perché.
- Da poco hai lasciato la casa dei tuoi genitori per vivere con il tuo partner.
- Il tuo partner è sempre con te, tuttavia aspetta fuori mentre ti fai visitare dal MMG.
- La relazione con il tuo partner dura da poco più di un anno. Il tuo partner non ti consente di uscire da sola, è intimidatorio e non gli piace che tu parli con altre persone o veda la tua famiglia.

### **OPERATORE SANITARIO CHE FORNISCE ASSISTENZA**

- La tua paziente è una donna di 18 anni.
- La cartella clinica riporta 'Paziente in gravidanza'.
- Non l'hai mai incontrata prima d'ora.
- La cartella clinica riporta una nota di un altro MMG che ha visitato la madre della ragazza, che dice: 'madre preoccupata perché la figlia sta dimagrendo e sembra chiusa in sé stessa e meno sicura di sé'.

## **12. Gioco di ruolo: 3.** <sup>136</sup>

**Formare gruppi di 2: una persona interpreta il ruolo della paziente, l'altra quello del responsabile clinico/difensore contro la VDG. Si svolga il seguente gioco di ruolo a seconda della propria parte. Come gestiresti la situazione?**

### **PAZIENTE**

- Sei una donna di 30 anni in visita dal MMG/infermiere per un dolore avvertito nell'atto di urinare e mal di schiena.
- Hai 3 figlie, la più piccola di 5 anni.
- Vivi con il tuo partner (padre della figlia minore); le altre ragazze vivono altrove e hanno padri diversi.
- Domenica il tuo partner ti ha aggredita (ti ha preso a calci).
- Ti fa male la zona lombare e non è riesci a liberare l'intestino a causa del dolore. Hai il coccige contuso e la colonna lombosacrale dolorante.
- In passato il tuo partner ti ha aggredita. Due anni fa sei stata dal tuo MMG con un'ecchimosi facciale in seguito ad un'aggressione.
- Negli ultimi 4 anni hai accusato dolore toracico intorno al seno (di natura 'muscolare' secondo il MMG).

<sup>135</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

<sup>136</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- Hai anche accusato dolore alla mano e avuto un consulto otorinolaringoiatrico per mal d'orecchi.
- A volte bevi fino allo stordimento per attenuare stress e ansia.
- Fumi.
- Hai avuto un'overdose quando avevi 19 anni.
- Sei terrorizzata dal tuo partner e vuoi che se ne vada, ma lui non intende lasciare sua figlia.
- Pensi che le cose stiano peggiorando.

### OPERATORE SANITARIO CHE FORNISCE ASSISTENZA

- La paziente è una donna di 30 anni.
- Non l'hai mai incontrata prima d'ora.
- La sua cartella clinica mostra che ha una storia di depressione, di abuso/dipendenza da alcool e di overdose a 19 anni.
- Negli ultimi 4 anni è stata visitata per un dolore alla mano.
- È stata inviata da un otorinolaringoiatra.
- Ha avuto un episodio di dolore toracico.
- 2 anni fa si è verificato un episodio di aggressione con ecchimosi facciale.

## 13. Esercizio: Esempio di domande per un'indagine clinica<sup>137</sup>

Assegnare a queste domande il colore rosso, giallo o verde.

**● Il rosso significa:** "Questa è una pessima domanda. Non la userei con le mie pazienti."

**● Il giallo significa:** "Alcune parti della domanda sono OK mentre altre devono essere modificate." Indicare come si vorrebbero modificare queste domande.

**● Il verde significa:** "Questa domanda va bene e la userei con le mie pazienti."

	●	●	●
Il computer mi segnala di farle domande sugli abusi domestici. Sta vivendo una situazione del genere?			
Sappiamo che 1 donna su 4 subisce abusi domestici nel corso della propria vita. Il suo partner o un suo familiare la picchiano o la prendono a calci?			
Come vanno le cose a casa con suo marito/il suo partner/la sua famiglia? Qualcuno le ha fatto del male?			
Sappiamo che gli abusi domestici possono rappresentare un problema per alcune persone. Ha anche lei questo problema?			
A volte le persone affette da depressione/scarsa autostima hanno vissuto nella loro vita eventi significativi che sono la causa di questo stato e possono spiegare il motivo del loro sentirsi così depresse. Vivere in una relazione violenta può esserne la causa. Potrebbe essere il suo caso?			
Sono sicuro che questo non è un suo problema... ma le devo chiedere se sta subendo violenza domestica.			
Sappiamo che le donne possono presentare questi sintomi quando viene fatto loro del male dal marito. Sta vivendo una situazione del genere?			

<sup>137</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

## 14. Modulo di documentazione su casi di violenza di genere. L'esempio dell'Austria <sup>138</sup>

Luogo della visita: Medico: _____ Tel.: _____ Rinvio a consulto da: Inizio della visita: _____ : _____ (Data) (Ora)	<b>PAZIENTE:</b> Data di nascita: _____ Tel.: _____ Indirizzo: Altre persone presenti:
---	---

<b>INFORMAZIONI DI BASE SUL PAZIENTE</b> Altezza: _____ Peso: _____ Stato psicologico nel corso della visita:	Il paziente è: <input type="checkbox"/> Destro <input type="checkbox"/> Mancino Stato di coscienza: <input type="checkbox"/> piena lucidità <input type="checkbox"/> leggermente ridotto <input type="checkbox"/> chiaramente ridotto <input type="checkbox"/> incosciente Impresione di consumo di: <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> droga
comunicazione: <input type="checkbox"/> fluente <input type="checkbox"/> frammentata <input type="checkbox"/> traduzione necessaria ↳ da: _____ Situazione pericolosa per il personale <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	

<b>INFORMAZIONI SULL'AGGRESSIONE</b> Luogo: Quando (Data): _____ (Ora) _____ (approssim.) durata dell'evento: _____	<input type="checkbox"/> aggressore conosciuto <input type="checkbox"/> aggressore(i) sconosciuto(i) quanti: _____
<b>Descrizione dell'aggressione</b> , armi usate, informazioni dettagliate sull'aggressione, <b>disturbi dal punto di vista del soggetto</b> : (Elementi di base per l'esame clinico e la raccolta di dati forensi, non interrogatorio.)	
Ci sono <b>testimoni</b> dell'aggressione (bambini, vicini)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so
↳ Se sì, sono stati coinvolti/è stato fatto del male anche a loro?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so
Sono stati usati <b>oggetti</b> (attrezzi, armi)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so
La paziente ha graffiato l'aggressore?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so ↳ Se sì, pulire la superficie inferiore delle unghie con del cotone bagnato

<sup>138</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014), p. 228-231.



<b>ARTI INFERIORI</b>	Coscia (interno delle cosce)
	Gambe:
	Piedi:
<p>► È visibile un tipo di ferita ben riconoscibile? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no          (lesioni raggruppate o con una forma specifica, ustioni, impronte - ad es. orme di scarpe, impronte di pneumatici - doppia contusione):</p>	
<p>► <b>Ferita da arma da fuoco</b> estrazione del proiettile evidente e documentata</p>	
<p><b>Valutazione medica provvisoria:</b></p>	
<p><b>Misure ulteriori</b> (ad es. consultazione multidisciplinare, consulenza psicologica, denuncia alla polizia...)</p>	
<p><b>Sono state fornite informazioni sui servizi (case rifugio, telefono amico)?</b> <input type="checkbox"/> sì commenti:</p>	
<p>Fine della visita: ora _____ : _____ firma del medico: _____</p>	

<b>INVIO DELLE PROVE</b>	
<p><b>Oggetti</b> (abiti, strumenti, proiettile, tessuto prelevato etc.):</p>	
<p>Trasmesso da: _____ (lettere maiuscole)</p> <p>Data e firma: _____</p>	<p>Acquisito da: _____</p> <p>Data e firma: _____</p>
<b>DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA</b>	
<p>È stata prodotta una documentazione fotografica?  <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no          ↳ se „no“, perché:           ↳ se „sì“, dov'è archiviata:</p>	<p>Numero di foto scattate:</p>



## 15. Dépliant: indicatori di rischio & pianificazione della sicurezza<sup>139</sup>

### INDICATORI DI RISCHIO

Elenco degli indicatori di rischio da controllare, noto come **SPECCS+** (Richards, 2004)

- ✓ **Separation** (Separazione) - recentemente la vittima di violenza se n'è andata/ha pianificato di andarsene? Eventuali problemi di diritto di visita con l'autore delle violenze.
- ✓ **Pregnancy** (Gravidanza) - la donna è in gravidanza o ha partorito nelle ultime sei settimane?
- ✓ **Escalation** - la situazione di abuso sta peggiorando o si verifica più di frequente?
- ✓ **Cultural issues/sensitivity/isolation** (Questioni/vulnerabilità/isolamento di natura culturale) - ci sono eventuali problematiche specifiche?
- ✓ **Stalking** - la donna viene molestata o minacciata da qualcuno, in particolare un ex partner? (messaggi/email compresi)
- ✓ **Sexual assault** (Aggressioni sessuali) la donna ha riferito aggressioni sessuali come parte dell'abuso?
- ✓ **Other current risk factors** (Altri fattori di rischio attuali)
  - Pensieri suicidi
  - Pensieri omicidi
  - Minacce di uccidere l'assistita o un altro(i) membro(i) della famiglia
  - Abusi su animali domestici
  - Accesso ad armi
  - Uso di alcool/droga
  - Passato di aggressioni

### PIANO DI SICUREZZA

Un piano di sicurezza può prevedere vari livelli.

#### Sicurezza nella relazione

- Luoghi da evitare quando gli abusi iniziano (come la cucina, dove ci sono molte armi potenziali).
- Una possibile via di fuga dalla casa nel caso in cui gli abusi s'intensifichino (come una finestra/una porta non chiusa a chiave)
- Persone a cui chiedere aiuto o a cui far sapere che sono in pericolo.
- Chiedere ai vicini o agli amici di chiamare il 118 se sentono qualcosa che faccia pensare che una donna o i suoi figli siano in pericolo.
- Luoghi in cui nascondere i numeri di telefono importanti, come quello del telefono amico.
- Come mettere i bambini al sicuro quando l'abuso inizia.
- Insegnare ai bambini come mettersi al sicuro o chiedere aiuto, magari chiamando la polizia locale o i numeri di emergenza.
- Tenere i documenti personali importanti in un unico luogo in modo che possano essere presi se la donna deve andarsene all'improvviso.
- Fare in modo che qualcuno sia a conoscenza dell'abuso così che possa essere documentato (importante, ad esempio, per i casi che finiscono in tribunale o per domande d'immigrazione).

#### Andarsene in caso di emergenza

- Preparare una borsa di emergenza e nascondere in un luogo sicuro nel caso in cui la donna abbia bisogno di andarsene con urgenza.
- Strategie su chi chiamare e dove andare (dove rifugiarsi contro la violenza domestica).
- Cose da ricordare di prendere, tra cui i documenti dei bambini, i medicinali, le chiavi o una foto della persona che abusa (utile da presentare in tribunale come documentazione).

<sup>139</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

- Accesso a una rubrica telefonica/degli indirizzi
- Accesso a denaro o a carte di credito/debito che la donna può aver messo da parte.
- Strategie per i mezzi di trasporto.
- Strategie per prendere vestiti, prodotti per l'igiene personale e giocattoli per i bambini.
- Prendere eventuali elementi di prova dell'abuso, come ad esempio fotografie, annotazioni o informazioni di testimoni.

### Sicurezza quando una relazione è finita

- Informazioni sui recapiti per gli operatori che possono dare consigli o fornire assistenza di vitale importanza.
- Cambio del numero del cellulare e del telefono fisso.
- Come mantenere segreto al partner il luogo in cui si trova la donna nel caso in cui se ne sia andata di casa (ad es. non rivelando ad amici comuni dove si trova).
- Ottenere un'ingiunzione restrittiva o un ordine di allontanamento o un'ingiunzione a cessare comportamenti persecutori.
- Strategie per parlare con i bambini, se presenti, circa l'importanza di restare al sicuro.
- Chiedere al datore di lavoro di contribuire alla sicurezza della donna quando si trova sul posto di lavoro.

## 16. Dépliant: esempio di modulo di pianificazione della sicurezza<sup>140</sup>



### Suggerimenti per aumentare la sicurezza nella relazione

- ▶ Metterò a disposizione mia e dei miei figli i numeri di telefono importanti.
- ▶ Posso informare \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ del problema di violenza che sto vivendo e chiedere loro di chiamare la polizia se sentissero rumori sospetti provenienti da casa mia.
- ▶ Se me ne vado via di casa, posso andare (elencare quattro luoghi):
  - \_\_\_\_\_.
  - \_\_\_\_\_.
  - \_\_\_\_\_.
  - \_\_\_\_\_.
- ▶ Posso lasciare soldi extra, chiavi dell'auto, vestiti e copie dei documenti a \_\_\_\_\_.
- ▶ Quando me ne andrò, porterò \_\_\_\_\_ con me.
- ▶ Per la mia sicurezza e indipendenza, posso:
  - Tenere degli spiccioli per le telefonate sempre con me
  - Assicurarmi che il mio telefono sia carico
  - Utilizzare un allarme anti-panico
  - Aprire un conto di risparmio personale
  - Modificare i miei percorsi verso/da \_\_\_\_\_
  - Fare le prove per la via fuga con una persona di supporto; rivedere il piano di sicurezza il \_\_\_\_\_ (data).
  - Quando l'episodio di violenza inizia quali zone della casa devo evitare?
  - ad es. bagno (senza uscita), cucina (armi potenziali) \_\_\_\_\_.

<sup>140</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

## Suggerimenti per aumentare la sicurezza quando la relazione è finita

- ▶ Posso: cambiare le serrature; installare porte in acciaio/metallo, un sistema di sicurezza, rilevatori di fumo e un sistema di illuminazione esterno.
- ▶ Informerò \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ che il mio partner non vive più con me e chiederò loro di chiamare la polizia se lui/lei vengono notati vicino a casa mia o ai miei figli.
- ▶ Comunicherò alle persone che si prendono cura dei miei figli i nomi di tutti coloro che hanno il permesso di venirci a prendere. Le persone che hanno l'autorizzazione sono: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.
- ▶ Posso informare \_\_\_\_\_ sul posto di lavoro della mia situazione e chiedere a \_\_\_\_\_ di filtrare le mie telefonate.
- ▶ Posso evitare negozi, banche e \_\_\_\_\_ che frequentavo abitualmente quando vivevo con il mio partner violento. Posso cambiare il mio percorso verso/da \_\_\_\_\_.
- ▶ Se mi sento depressa e a rischio di tornare in una situazione di potenziale abuso:
  - ▶ Posso chiamare \_\_\_\_\_ in aiuto.
  - ▶ Posso modificare il percorso e/o gli orari \_\_\_\_\_ degli appuntamenti al servizio \_\_\_\_\_ o frequentare in alternativa il servizio \_\_\_\_\_.
- ▶ Numeri di telefono importanti
  - Polizia \_\_\_\_\_
  - Telefono amico \_\_\_\_\_
  - Amici \_\_\_\_\_
  - Luogo protetto \_\_\_\_\_

## Elenco degli oggetti da portare

- Carta d'identità
- Certificati di nascita mio e dei miei figli
- Esenzioni
- Tessere sanitarie
- Scheda telefonica, telefono cellulare o spiccioli per un telefono pubblico
- Denaro, libretti di risparmio, carte di credito
- Chiavi - casa/auto/ufficio
- Chiavi di casa di un amico o di un parente
- Farmaci, medicazioni
- Patente di guida
- Cambio di vestiti
- Passaporto(i), documenti rilasciati dal Ministero degli Interni, permessi di lavoro
- Documenti di divorzio
- Contratto di affitto/locazione, atto di proprietà della casa
- Registro delle rate del mutuo, fatture attualmente non pagate
- Documenti assicurativi
- Rubrica degli indirizzi
- Foto, gioielli, oggetti di valore affettivo
- Coperte e/o giocattoli preferiti dei bambini
- Eventuali prove di abuso, annotazioni, registrazioni, diari, numeri di riferimento del reato, nomi e numeri degli operatori socio assistenziali

**In caso di emergenza, chiamare sempre la polizia**

## 17. Esercizio individuale: identificazione dei fattori di rischio – il caso della signora Y <sup>141</sup>

Dopo un'altra aggressione violenta da parte del marito, la signora Y arriva in ospedale per ricevere assistenza medica per le ferite.

Valutare il livello di pericolo a cui si è trovata di fronte la signora Y utilizzando il "Danger Assessment Tool" (Strumento di valutazione del rischio) sviluppato da Jacquelyn Campbell. Come valuti il pericolo per la signora Y? Quali fattori di rischio è possibile individuare nel caso di studio?

La signora Y è sposata con il marito da un anno e mezzo; per entrambi si tratta del secondo matrimonio. La signora e il signor Y vivono in un Paese A, ma sono originari del Paese B. Tutti e due hanno figli dal precedente matrimonio; soltanto la figlia di 5 anni della signora Y vive con loro.

Prima di sposarsi, il signor Y era garbato e amabile nei confronti della moglie. Ma subito dopo il matrimonio è diventato ipercontrollante e cerca di impedirle di andare a trovare la sua famiglia o di uscire con gli amici. Pretende che le renda conto di ogni minuto in cui è fuori casa, e se rientra dal lavoro più tardi del solito sbotta e la accusa di essere una cattiva moglie e di "fare la troia" con i suoi colleghi.

La signora Y non sopporta il suo comportamento e si rifiuta di sottomettersi ai suoi "ordini". Al peggiorare della sua possessività e del suo comportamento controllante, gli dice che vuole divorziare. Da questo momento in poi inizia a intimidirla dicendole che la ucciderà se lo lascia; minaccia anche di uccidere i suoi figli. La signora Y ha la cittadinanza del Paese A, ma il signor Y no e dipende da lei per il visto.

Nonostante le intimidazioni, la signora Y presenta domanda di divorzio. Quando il marito lo scopre, la picchia e minaccia di nuovo di ucciderla se lei non la ritira.

La signora Y riferisce della violenza fisica e delle minacce alla polizia. La polizia emette un ordine di espulsione e il divieto di avere contatti con la vittima obbligando il signor Y a lasciare il domicilio coniugale per 10 giorni. Nonostante l'espulsione del consorte, la signora Y decide di abbandonare il tetto coniugale insieme alla figlia perché è terrorizzata dal marito. Chiede consulenza e sostegno presso un centro di counseling contro la violenza domestica e il consulente le raccomanda di non tornare a casa.

Il signor Y continua a essere violento; segue la signora Y sul posto di lavoro, minacciandola anche lì. Dice che lui la ucciderà, poi fuggirà in patria e che il suo caso finirà sui giornali. La signora Y chiama la polizia, ma il coniuge scappa prima del loro arrivo. La donna riferisce di nuovo le minacce alla polizia; la polizia informa l'ufficio del procuratore che però decide di non arrestare il signor Y.

Con il sostegno del centro di counseling contro la violenza domestica, la signora Y ottiene un ordine del tribunale che vieta al marito di andare a casa sua, nel luogo in cui lavora o di contattarla. Tuttavia il signor Y continua a seguirla e a minacciarla.

<sup>141</sup> UNFPA-WAVE "Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia" (2014) p. 242.

## 18. Gioco di ruolo: pianificazione della sicurezza – il caso di Dilorom<sup>142</sup>

L'obiettivo del gioco di ruolo è di mettere in pratica la pianificazione della sicurezza in un caso di VDG e la comunicazione con le vittime della VDG stessa secondo i principi discussi durante la formazione. Nel gioco di ruolo ci sono 3 personaggi: Dilorom (la sopravvissuta in cerca di aiuto), un medico che lavorava al centro medico e un osservatore. Durata massima della conversazione tra il medico/infermiere e la paziente: 15 minuti. Alla fine del gioco di ruolo, tornare nel gruppo più grande per un giro di opinioni (paziente, operatore sanitario, osservatore), a cui seguiranno i commenti degli altri membri del gruppo stesso.

### Situazione

Dilorom chiede aiuto a un centro medico della città in cui vive a causa di un dolore cronico allo stomaco e problemi d'insonnia. Il medico osserva diverse contusioni sulle braccia e sul collo della donna. Dilorom riferisce che suo marito la picchia ripetutamente e talvolta alza le mani anche sui bambini. Più volte l'ha costretta ad avere rapporti sessuali. La insulta anche verbalmente e minaccia di ucciderla se lei lo lasciasse. Dilorom vuole andarsene ma ha paura della sua reazione se lei lo lasciasse davvero. Insieme a suo marito e ai suoi figli, vivono con lei anche i suoceri. Dai genitori del marito non può aspettarsi alcun aiuto; la insultano regolarmente e la incolpano per il comportamento violento del marito. Dilorom chiede al medico cosa può fare per la sua incolumità.

### Domande:

- Domande per la persona che interpreta il ruolo di vittima delle violenze: come ti sei sentito in questo ruolo? Il comportamento del medico/infermiere è stato utile? Che cosa avrebbe potuto fare di diverso il medico/infermiere?
- Domande per la persona che interpreta il ruolo di operatore sanitario: come ti sei sentito in questo ruolo? Che cosa sei riuscito a gestire bene? Qual è stata la maggiore difficoltà? Cosa avresti potuto fare di diverso? Che cosa dovresti fare nella tua pratica quotidiana di operatore sanitario per sostenere un paziente nella pianificazione della sicurezza?

Chiedere all'osservatore di condividere i suoi commenti e osservazioni, quindi aprire la discussione di gruppo.

<sup>142</sup> UNFPA-WAVE “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), p. 246.

## 19. Esempio di modulo di rinvio a consulto (IRIS)<sup>143</sup>



### MODULO DI INVIO A CONSULTO IRIS

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

#### Medico che invia a consulto:

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

Indirizzo della struttura sanitaria: \_\_\_\_\_

Numero di telefono della struttura sanitaria: \_\_\_\_\_

#### Paziente

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Lingua:  Italiano  Somalo  Punjab  Arabo

Urdu  Polacco  Romeno

Altra lingua : \_\_\_\_\_

Fare in modo che la paziente abbia un numero di telefono sicuro (o un altro mezzo tramite cui possa essere contattata):

È sicuro lasciare un messaggio/un sms a questo recapito telefonico?

Motivo dell'invio a consulto: \_\_\_\_\_

Data dell'invio a consulto: \_\_\_\_\_

Numero delle consultazioni negli ultimi 6 mesi: \_\_\_\_\_

Numero delle prescrizioni negli ultimi 6 mesi: \_\_\_\_\_

## 20. Esercizio: suggerimenti per la formazione<sup>144</sup>

**In gruppo, fornire possibili soluzioni per gli scenari riportati di seguito:**

1. Hai perso il filo del discorso e hai dimenticato quello che stavi dicendo. Che cosa fai?
2. Sei nel panico e ti senti molto nervoso proprio quando stai per avviare una sessione. Che cosa fai?
3. Non sai rispondere a una domanda. Che cosa fai?

<sup>143</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

<sup>144</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

4. Un partecipante non è d'accordo con tutto ciò che dici e sospira per tutta la sessione. Che cosa fai?
5. Tre MMG ti rivolgono una domanda contemporaneamente. Che cosa fai?
6. Sei diventato molto agitato e ti accorgi che stai parlando a vanvera. Che cosa fai?
7. Ti accorgi di essere andato troppo di fretta i primi 10 minuti e alcuni dei partecipanti sembrano non essere coinvolti. Che cosa fai?
8. Ti viene comunicato che in un incontro hai a disposizione solo 10 minuti, quando in precedenza ti eri accordato per uno spazio di 30 minuti.
9. Durante la seconda sessione di formazione, un medico afferma di avere il feedback di un paziente precedentemente inviatoti a consulto secondo cui il servizio non è stato di alcun aiuto.
10. Qualcuno nella sessione di formazione afferma di non credere che 1 donna su 4 possa subire AVD. Non è possibile che i numeri siano così alti.
11. Arrivi in una struttura sanitaria e l'addetto alla reception chiede ad alta voce chi sei, da dove vieni e perché desideri incontrare il paziente a cui hai dato appuntamento.
12. Arrivi in una struttura sanitaria per incontrare un paziente; la stanza che hai prenotato non è più disponibile e non c'è altro spazio libero.

## 21. Esercizio: che cosa fare quando...<sup>145</sup>

**In gruppo, fornire possibili soluzioni per gli scenari riportati di seguito:**

1. Una donna accetta di incontrarti ma non dice una parola quando vi vedete, rimanendo seduta in silenzio.
2. Una donna è adirata e inizia a urlarti contro.
3. Una donna ti dice che nessuno la può aiutare, non cambia mai niente e ne ha abbastanza.
4. Una donna chiede se puoi parlare con suo marito e convincerlo a parlare lui stesso con il medico.
5. Una donna si presenta all'incontro ma ha chiaramente bevuto molto.
6. Una donna porta i suoi due figli di 4 e 6 anni con sé all'incontro.
7. Una donna arriva accompagnata dal suo partner.
8. Una donna chiama poco prima che vi dobbiate incontrare dicendo che ora va tutto bene e non ha bisogno di vederti o parlare con te di nuovo.

<sup>145</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

## 22. Esercizio: autocura<sup>146</sup>

**Ai partecipanti viene chiesto di pensare individualmente a come si prendono cura di loro stessi mentre lavorano nel campo della VDG e a come evitare traumi riflessi**

Il formatore affigge 3 pagine della lavagna a fogli mobili con i seguenti 3 titoli:

- Fisico
- Emozionale
- Professionale

Ai partecipanti viene poi indicato di scrivere sotto ogni titolo i modi in cui si prendono cura di sé stessi. Successivamente, il gruppo apre la discussione.

---

<sup>146</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

## 23. Dépliant: piano d'azione - esercizio individuale<sup>147</sup>

### PIANO D'AZIONE

Pensa e annota tre azioni che hai intenzione di portar via per lavorarci su. Pensa a cosa sono queste azioni, se hai bisogno di supporto o di risorse per dedicartici e con chi puoi discuterne.

Indica un periodo di tempo realistico per mettere in pratica le azioni scelte e una data per riesaminarle.

Ricorda di compiere le azioni indicate in maniera *SMART!*

Specifiche, misurabili, realizzabili, realistiche in un determinato arco di tempo.



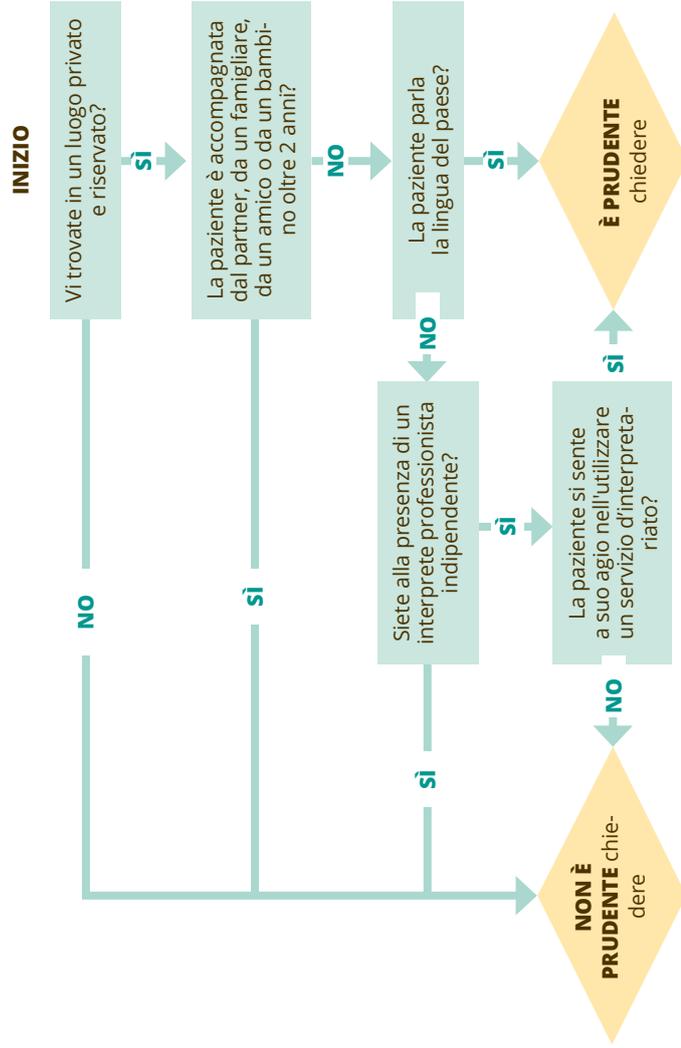
1)

2)

3)

<sup>147</sup> IRIS (Identification & Referral to Improve Safety) © University of Bristol, UK (2015).

## QUANDO È CONSIGLIABILE PORRE DOMANDE SULLA VIOLENZA DI GENERE ALLE PAZIENTI?



### SPIEGARE GLI OBBLIGHI DI RISERVATEZZA

Le informazioni possono essere divulgate in caso di:

- Consenso da parte della paziente
- Richiesta per legge (per es. un'ordinanza del tribunale)
- Interesse pubblico superiore (inclusa la protezione dei minori)

N.B. Il partner NON deve essere informato sulle discussioni riguardanti la VDG

### COME PORRE DOMANDE SULLA VDG

- Prendere l'iniziativa di porre domande sulla violenza
- Spiegare gli obblighi di riservatezza
- Guardare le pazienti negli occhi ed essere consapevoli del linguaggio del proprio corpo
- Fare considerazioni rassicuranti ed evitare un ascolto passivo
- Mantenere un atteggiamento non-giudicante e di sostegno alla vittima
- Sottolineare che la VDG non deve essere tollerata
- Essere pazienti e non fare pressioni sulle vittime affinché raccontino la loro storia
- Mettere in evidenza l'esistenza di possibilità e risorse disponibili

### PERCORSI DI RINVIO A CONSULTO

Nome del paziente rinvio a consulto  
 Nome dell'organizzazione a cui è rinvio il paziente  
 Dettagli del paziente rinvio a consulto



### ESEMPIO DI DOMANDE INTRODUTTIVE

*"So per esperienza che molte donne vivono situazioni di violenza e abuso in famiglia. Succede anche a lei?"*

*"Molte delle mie pazienti si trovano in relazioni di coppia violente. Spesso parlarne spaventa e mette a disagio. Lei ha mai subito violenza o abusi da parte del suo partner?"*

### ESEMPIO DI DOMANDE DIRETTE

*"Ho ragione di credere che i sintomi da lei mostrati possano essere stati causati da atti di violenza. Qualcuno le ha mai fatto del male?"*

*"So per esperienza che le pazienti che presentano questo tipo di lesioni sono state vittime di violenza fisica. È successo anche a lei?"*

*"È stata umiliata o minacciata dal suo partner/ex-partner o da un familiare adulto?"*

*"Ha paura del suo partner, ex-partner o di un familiare adulto?"*

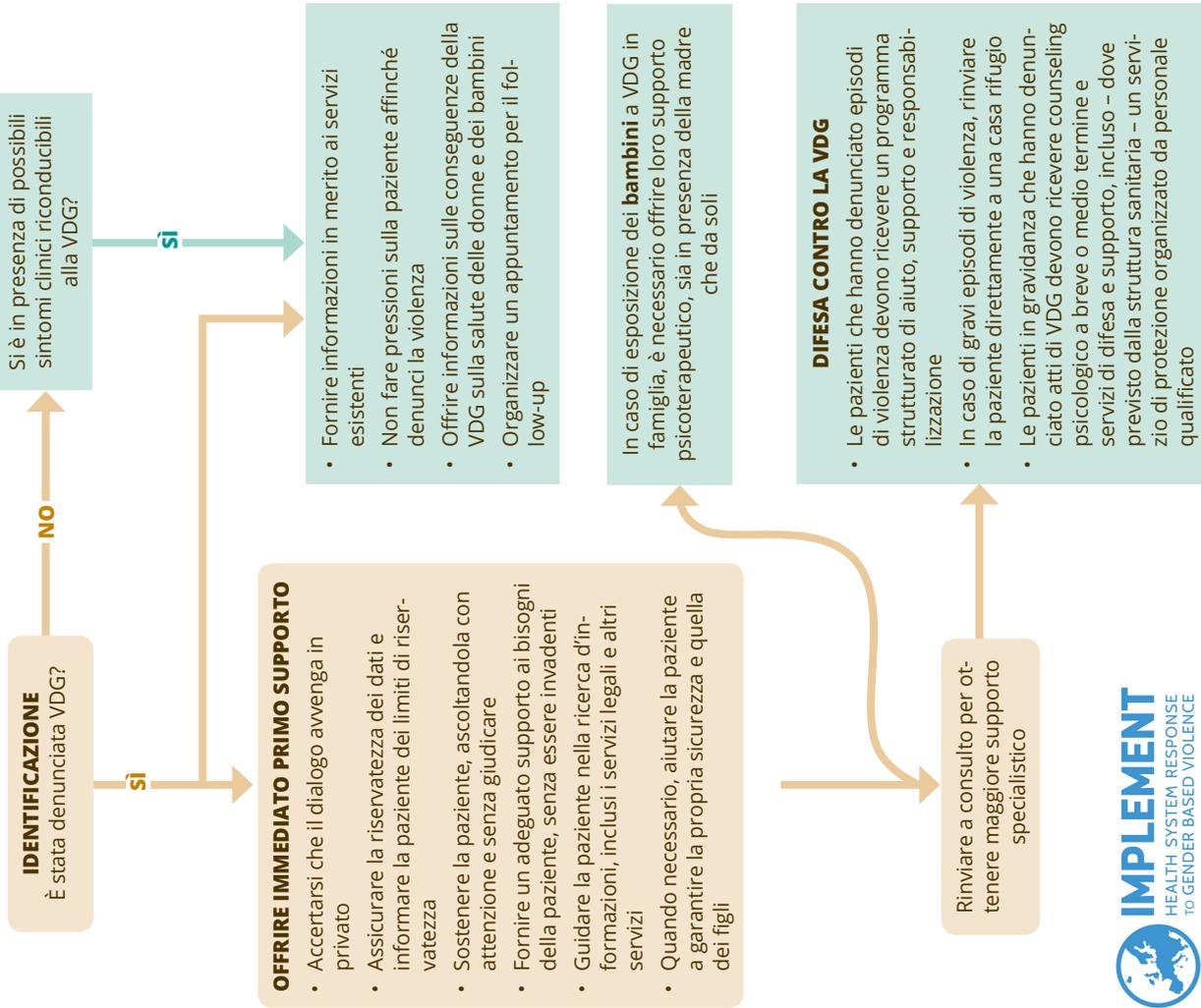
*"Il suo partner ha mai cercato di limitare la sua libertà o impedirle di fare cose per lei importanti?"*

### SICUREZZA ALL'INTERNO DEL SISTEMA SANITARIO

- Il personale sa come comportarsi in caso di gravi episodi di violenza e sa come porre domande sulla VDG alle pazienti in un ambiente privato
- Piani di sicurezza per il personale
- Le informazioni in merito alla prevenzione e il supporto sono complete e disponibili
- Rispettare la riservatezza dei dati - il personale sa come gestire con discrezione le informazioni, che non devono in alcun modo filtrare al perpetratore

# RISPOSTA DEL SISTEMA SANITARIO ALLE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE (VDG)

## PERCORSO DI ASSISTENZA ALLE VITTIME DI VDG



## CHE COSA DEVE ESSERE DOCUMENTATO?

- Informazioni demografiche (per es. nome, età, sesso, presenza di bambini in famiglia)
- Consenso ottenuto
- Storia clinica (per es. storia medica generale e ginecologica, quando appropriato)
- Resoconto degli abusi o della violenza
- Risultati della visita medica (se appropriato)
- Test medici e risultati (se appropriato)
- Piano di gestione
- Eventuali rinvii a consulto o i rifiuti dei pazienti ad essere rinviiati a consulto

## CAMPANELLI D'ALLARME DELLA VDG

- Depressione, ansia, PTSD, disturbi del sonno
- Pensieri o tentativi di suicidio o autolesionistici
- Abuso di alcol e altre sostanze
- Inesplicati problemi gastro-intestinali cronici
- Inesplicati problemi all'apparato riproduttivo, incluso dolore pelvico e disfunzioni sessuali
- Effetti nocivi sulla riproduzione, inclusi gravidanze indesiderate e/o interruzioni multiple, ritardi nella somministrazione delle cure durante la gravidanza, problemi alla nascita
- Inesplicati problemi genitourinari, incluse frequenti infezioni renali, alla vescica o altri organi
- Ricorrenti sanguinamenti vaginali e infezioni sessualmente trasmissibili
- Dolore cronico (inspiegato)
- Lesioni traumatiche, specialmente se ripetute e accompagnate da spiegazioni vaghe e non verosimili
- Problemi del sistema nervoso centrale - mal di testa, problemi cognitivi, perdita dell'udito
- Frequenti visite mediche senza una chiara diagnosi
- Partner/marito invadente in ambulatorio

**IMPLEMENT  
SEMINARIO TRAIN  
THE TRAINERS**  
Presentazioni in PowerPoint

**GIORNO 1**



With financial support from the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union



Adonze Österreichische FRAUENHÄUSER



# Sessione 1

## ACCOGLIENZA & INTRODUZIONE

Gene Feder & Medina Johnson  
Vienna, 21-22 Maggio 2015

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AIST09H42AF/CSH1



## Programma

- o Gestione del corso e interruzioni previste
- o Obiettivo della formazione
- o Contesto – Materiali formativi utilizzati

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AIST09H42AF/CSH1



## Accordo all'interno del gruppo

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AIST09H42AF/CSH1

## Programma del Giorno 1

- Accordo all'interno del gruppo
- Il manuale IMPLEMENT e l'obiettivo del progetto
- Il vostro ruolo nell'ambito del progetto IMPLEMENT
- I miti sulla violenza di genere (VDG)
- Definizioni - la violenza sulle donne (VCD)
- Le dinamiche della violenza di genere
- Riconoscimento della violenza di genere
- Le barriere nel sistema sanitario
- Come porre domande sulla violenza di genere
- Eseguire controlli medici
- Documentazione e classificazione delle lesioni
- Chiusura

## GIORNO 1

## Sguardo al manuale formativo di IMPLEMENT

### IMPLEMENT – Manuale formativo

- Diviso in 2 sezioni

I. **Manuale:** 8 capitoli – informazioni riguardanti le sessioni formative

II. **Appendice:** esercitazioni, materiali a supporto e presentazioni

## Obiettivo del progetto IMPLEMENT

Il principale obiettivo è creare le competenze in 6 Paesi Europei (Francia, Italia, Germania, Bulgaria, Romania e Austria) **al fine di rafforzare, nelle strutture sanitarie, il supporto alle vittime della violenza di genere (VDG) con un approfondimento sulla violenza nelle relazioni di coppia.**



## Ruoli in IMPLEMENT

**Ruolo del professionista sanitario**

- o supportare e formare i team clinici nel riconoscere la VDG ed elaborare una risposta efficace
- o incoraggiare i team clinici nell'individuazione della VDG, elaborando una risposta efficace nel documentare, valutare i rischi e rinviare a consulto
- o fornire supporto e mantenere una relazione stabile con il team clinico e il difensore contro la VDG

**Ruolo del difensore contro la VDG**

- o supportare e formare i team clinici nel riconoscere la VDG ed elaborare una risposta efficace
- o incoraggiare i professionisti sanitari nell'individuazione della VDG, elaborando una risposta efficace
- o costruire e mantenere una relazione efficace con il team clinico e il professionista sanitario
- o fornire informazioni, supporto e consulenze alle donne che rivelano le loro attuali o passate esperienze di VDG

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST-091420AP/0301



## Sessione 2

### La VDG – I concetti chiave

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST-091420AP/0301



## I miti sulla VDG

1. Le donne acconsentono nel subire la VDG e, se veramente lo volessero, potrebbero lasciare il loro partner violento
2. I conflitti e la discordia fanno normalmente parte di ogni relazione di coppia
3. Gli uomini e le donne sono in egual misura violenti l'uno nei confronti dell'altro
4. La VDG accade solo ad un certo tipo di persona
5. La VDG è causata dall'abuso di sostanze come alcool e/o droghe
6. Le donne dovrebbero tollerare la violenza per mantenere unita la famiglia
7. Un uomo non può abusare della propria moglie

(UNFPA-WAVE, p. 143)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST-091420AP/0301

# La violenza di genere

## GIORNO 1

## Cos'è la VDG?

## La VDG

### Definizioni

- violenza contro le donne
- violenza domestica e abuso
- violenza nella relazione di coppia & violenza subita da un membro adulto della famiglia
- mutilazione genitale femminile
- violenza sessuale
- matrimonio forzato
- delitto d'onore

## La VDG

### Forme di violenza contro le donne (VCD)

- fisica
- sessuale
- psicologica
- economica
- isolamento
- minacce
- controllo coercitivo

**GIORNO 1**

# E il genere?

- l'89% delle persone che subiscono, nel corso della loro vita, 4 o più violenze domestiche sono donne (Walby & Allen 2004)
- La violenza contro le donne è più frequente e brutale – le donne vengono picchiate, strozzate o stuprate (Canadian General Social Survey, 2006)
- Il 38% delle donne e il 7% degli uomini coinvolti in relazioni di coppia violente, temono per le loro vite (vedi sopra)
- È associato ad un significativo tasso di mortalità: ad oltre il 50% degli omicidi ai danni delle donne commessi dai partner attuali o dagli ex-partner, corrisponde il 5 % degli omicidi ai danni degli uomini (Furg E et al, 2002)
- Anche gli uomini vittime di violenza necessitano di accedere ai servizi di supporto

## La ruota del potere e del controllo



## La ruota del potere e del controllo della non-violenza



## L'impatto della VDG sulla salute delle donne

La violenza di genere può avere queste conseguenze:

- Morte
- Riduzione dell'aspettativa di vita
- Danno fisico
- Meccanismi di reazione non salutari:
  - abuso di sostanze
  - autolesionismo
- Conseguenze psico-somatiche
- Conseguenze sulla salute riproduttiva
- Conseguenze psicologiche

JUNPIA-WAVE, p. 291

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT091424AF0291

## GIORNO 1

## Dati combinati dallo studio WHO

	Unadjusted OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
Self-reported general health: poor or very poor	1.9	1.7-2.1	1.6	1.5-1.8
Difficulty walking in past 4 weeks	2.0	1.8-2.1	1.6	1.5-1.8
Difficulty with daily activities in past 4 weeks	1.9	1.8-2.1	1.6	1.5-1.8
Pain in past 4 weeks	1.8	1.7-2.0	1.6	1.5-1.7
Memory loss in past 4 weeks	2.0	1.9-2.2	1.8	1.6-2.0
Dizziness in past 4 weeks	2.0	1.9-2.2	1.7	1.6-1.8
Vaginal discharge in past 4 weeks	2.3	2.1-2.5	1.8	1.7-2.0
Ever suicidal thoughts	2.4	2.2-2.6	2.9	2.7-3.2
Ever suicidal attempts	3.5	3.0-4.1	3.8	3.3-4.5

Adjusted ORs were adjusted for site, age group, current marital status, and education. \*ORs and 95% CI are given for the

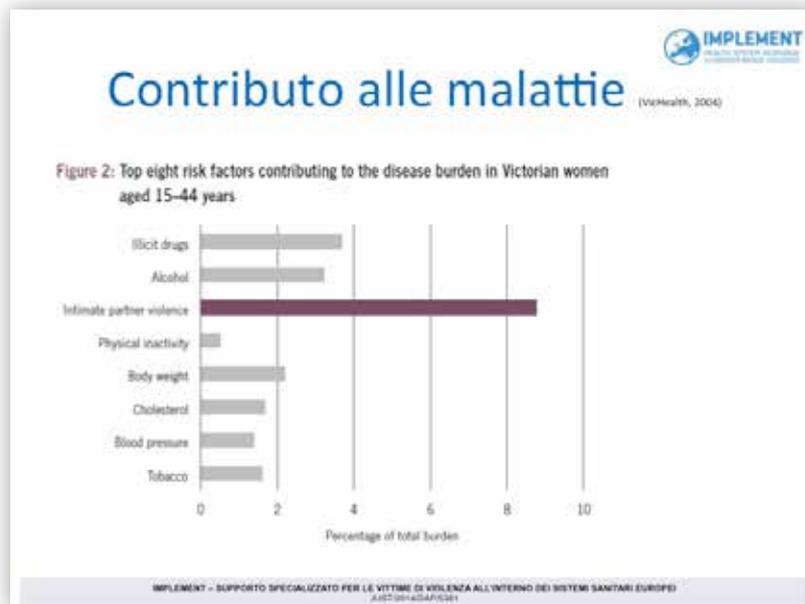
IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT091424AF0291

## Conseguenze sulla salute mentale

(Howard 2013, Gidycz 2009)

	OR (95% CI)
<b>Depressione</b>	<b>2.8</b> (2.0 to 3.9)
<b>PTSD</b>	<b>7.3</b> (4.5 to 12.0)
<b>Abuso di alcool</b>	<b>5.6</b> (3 to 9)
<b>Intenzioni suicide</b>	<b>3.6</b> (2.7 to 4.6)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT091424AF0291



- ## Perchè la donna non abbandona?
- Normalizzazione della violenza, attitudini culturali, aspettative della società
  - Discriminazione e stereotipi
  - La vita della donna è minacciata
  - La donna non può scappare o si sente obbligata a conservare intatta la famiglia
  - La donna si sente isolata o non conosce i servizi di cui può disporre
  - Percezione della „Fase luna di miele“ che fa comunque parte dell'abuso
  - Accesso limitato alla giustizia e alle cure sanitarie, barriere linguistiche (donne immigrate)
  - Paura di non essere credute
  - Possono non riconoscere un comportamento come un abuso o credono che non possano esistere alternative
  - La donna ama il perpetratore e desidera che smetta di usarle violenza
- IRIS Training, Bristol, UK
- IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AUSTRIAN/AGAP/0301

- ## Impatto della VDG sui bambini I
- il 73% delle madri che sono state vittime di violenza fisica e/o sessuale da parte di un partner, dichiarano che, almeno 1 dei loro bambini, è consapevole del fatto che la violenza abbia avuto luogo (WAVE Report 2014, p. 14)
  - I bambini esposti al comportamento violento verso la madre hanno più possibilità di diventare adulti violenti o vittime di violenza loro stessi (WAVE, Away from Violence, p. 14)
  - Circa un terzo (30%) delle donne che sono vittime di violenza sessuale nell'attuale relazione di coppia o in una precedente, dichiarano di aver vissuto esperienze di violenza sessuale da bambine (FRA, Violence Against Women, p. 121)
- IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AUSTRIAN/AGAP/0301

## Impatto della VDG sui bambini II

- La Violenza domestica e gli abusi (VAD) tra genitori è il trauma più frequentemente documentato dai bambini (Meltzer et al, 2009)
- La salute mentale, emotiva e psicologica dei bambini e il loro sviluppo sociale ed educativo vengono condizionati (Stanley, 2011)
- VAD caratterizza la vita familiare nel 63% dei casi gravi documentati negli anni 2009-2011 (Brandon et al, 2012)
- *The Adoption & Children Act 2002* – definizione di danno “che include, ad esempio, i danni derivati dal vedere o udire i maltrattamenti di un'altra persona”

IMPLEMENT – SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/2014/GAP/5261

## GIORNO 1

## Esperienze di violenze infantili documentate

Paese	Violenza Fisica	Violenza Sessuale	Violenza Psicologica	Altre violenze
Austria	27%	5%	9%	31%
Bulgaria	28%	28%	5%	30%
France	33%	20%	14%	47%
Germany	37%	13%	13%	44%
Italy	25%	11%	9%	33%
Romania	23%	(1)	4%	24%

(FRA, Violence Against Women, p. 123)

IMPLEMENT – SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/2014/GAP/5261

## Perchè alcune donne non contattano un servizio per chiedere aiuto?

- scelgono di affrontare la situazione da sole o si fidano con una persona a loro vicina
- credono che nessuno possa aiutarle
- in passato hanno avuto esperienze negative nell'approccio ai servizi di supporto
- credono che la loro situazione sia “poco” rilevante per coinvolgere i servizi o i servizi non includono ciò che stanno vivendo
- le donne non conoscono i servizi esistenti o non ci sono in effetti servizi a disposizione delle donne (FRA, Violence Against Women, p. 64)

IMPLEMENT – SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/2014/GAP/5261

## Servizi di aiuto contattati dalle vittime

Donne che hanno contattato organizzazioni o servizi dopo gravi episodi di violenza dall'età di 15 anni (UE28):

Servizio	Violenza fisica da parte del partner	Violenza sessuale da parte del partner	Violenza fisica non da partner	Violenza sessuale non da partner
Polizia	14%	15%	13%	14%
Ospedale	11%	12%	9%	12%
Medico o luogo di cura	15%	22%	10%	16%
Casa rifugio	3%	6%	(0)	(1)
Organizzazione di supporto alle vittime	4%	4%	1%	4%

(FRA, Violence Against Women, p. 65)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
 JUST/2014/047/03/01

## Statistiche europee sulla violenza di genere

Principali risultati dell'*Agenzia per i Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (FRA-Fundamental Rights Agency)* sulla diffusione della violenza fisica e sessuale

- *1 donna su 3* ha avuto esperienza di qualche forma di aggressione fisica e/o sessuale dall'età di 15 anni = 62 milioni di donne in tutta Europa
- *1 donna su 10* ha avuto esperienza di qualche forma di violenza sessuale dall'età di 15 anni
- *1 donna su 20* è stata stuprata dall'età di 15 anni

(FRA, Violence Against Women, p. 23)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
 JUST/2014/047/03/01

## Diffusione della VDG nei Paesi di IMPLEMENT

Donne che hanno avuto esperienza di violenza fisica e/o sessuale dall'età di 15 anni:

Paese	Attuale partner	Partner precedente	Non partner	Qualsiasi partner e/o non partner
Austria	3%	15%	12%	20%
Bulgaria	11%	38%	14%	28%
France	11%	31%	33%	44%
Germany	7%	24%	24%	35%
Italy	9%	25%	17%	27%
Romania	14%	30%	14%	30%

(FRA, Violence Against Women, p. 28)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
 JUST/2014/047/03/01

## Ruolo dei servizi sanitari



- Fornire immediato supporto (± indagini medico legali), rinvio al servizio specializzato del difensore contro la VDG, prestare le cure
- VDG come un tema di salute pubblica
- 1 vittima su 3 di violenza fisica e/o sessuale da parte del partner e 1 vittima su 4 di violenza fisica e/o sessuale subita non da partner, ha contattato un servizio o un'organizzazione di assistenza
- Le donne sono più propense a contattare un servizio di cura piuttosto che altri servizi, inclusi i servizi di polizia o sociali

(IIRA, Violence Against Women, p. 60)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT0014GAP/GS01

## Sessione 3 Riconoscere la VDG



IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT0014GAP/GS01

## Le voci delle vittime



*"... L'unico medico che abbia mai chiesto... Ero così sollevata che qualcuno avesse semplicemente detto qualcosa. Mi ha dato la scatola dei fazzoletti e io mi sono immediatamente seduta e ho pianto... e mi ha detto: - dimmi quando te la senti, ha detto, c'è qualcuno la fuori che mi può aiutare. Non sono sola. E se ho bisogno di aiuto, qui c'è e non me ne devo vergognare. Invece mi vergognavo, me ne vergognavo davvero così tanto; mi ha detto, non sei sola. Possiamo aiutarti. E lo ha fatto. L'ha fatto davvero."*

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT0014GAP/GS01

IMPLEMENT HEALTH SYSTEM RESPONSE TO GENDER-BASED VIOLENCE

## Le voci delle vittime

*“È lui che mi ha rotto la spalla... però il mio ragazzo era con me come traduttore e così il medico di base mi ha dato un pezzo di carta con un certo numero a cui potevo rivolgermi e chiedere aiuto ma ho osservato la reazione del mio ragazzo”*

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/091424P/0301

IMPLEMENT HEALTH SYSTEM RESPONSE TO GENDER-BASED VIOLENCE

## Sintomi e Segni della VDG

- Depressione, ansia, PTSD, disturbi del sonno
- Pensieri o tentativi di suicidio o autolesionistici
- Abuso di alcol e altre sostanze
- Inspiegati problemi gastro-intestinali cronici
- Inspiegati problemi all'apparato riproduttivo, incluso dolore pelvico e disfunzioni sessuali
- Effetti nocivi sulla riproduzione, inclusi gravidanze indesiderate e/o interruzioni multiple, ritardi nella somministrazione delle cure durante la gravidanza, problemi alla nascita
- Inspiegati problemi genitourinari, incluse frequenti infezioni renali o alla vescica
- Ricorrenti sanguinamenti vaginali e infezioni sessualmente trasmissibili
- Dolore cronico inspiegato
- Lesioni traumatiche, specialmente se ripetute e accompagnate da spiegazioni vaghe e non verosimili
- Problemi del sistema nervoso centrale, per esempio mal di testa, problemi cognitivi, perdita dell'udito
- Frequenti visite mediche non seguite da una diagnosi chiara
- Partner/marito invadente o presenza dell'adulto accompagnatore in ambulatorio (in caso di minori)

(UNFPA-WAVE, p. 67)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/091424P/0301

IMPLEMENT HEALTH SYSTEM RESPONSE TO GENDER-BASED VIOLENCE

## Comportamenti associati alla VDG

- Inconsistenti spiegazioni sulle cause delle lesioni
- Frequenti appuntamenti per sintomi vaghi
- La donna cerca di nascondere le lesioni e minimizzarne la portata
- La donna esita a parlare o appare spaventata e condiscendente in presenza del partner o dell'adulto accompagnatore
- Mancata aderenza al trattamento
- Appuntamenti cancellati frequentemente
- Lesioni multiple in diversi stadi di guarigione
- La donna appare spaventata, eccessivamente ansiosa o depressa
- Il partner è aggressivo e dominante, parla al posto della donna e si rifiuta di lasciare la stanza
- Scarsa presenza o totale assenza alle visite prenatali
- Auto-dimissione anticipata dall'ospedale

(UNFPA-WAVE, p. 68)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/091424P/0301

## Barriere nell'accesso ai servizi sanitari per le donne vittime di VDG

PAZIENTI	OPERATORI SANITARI
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vergogna, senso di colpa</li> <li>○ Paura di una risposta negativa, di essere stigmatizzata</li> <li>○ Paura di un'escalation di violenza</li> <li>○ Isolamento sociale</li> <li>○ Mancanza di un'opzione sicura per loro stesse e per i figli</li> <li>○ Impossibilità di accedere ai servizi, soprattutto nelle aree remote</li> <li>○ Lingua e barriere culturali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conoscenza insufficiente della VDG e gestione inappropriata dei casi</li> <li>○ Mancanza di tempo</li> <li>○ Mancanza di supporto istituzionale, come protocolli standardizzati, moduli o training per il personale che si occupa delle vittime della VDG</li> <li>○ Atteggiamenti e pregiudizi sulla VDG</li> </ul>

[UNIPA-WAVE, p. 176]

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AEST091404AF1001

## GIORNO 1

## Requisiti per porre domande sulla VDG

### Requisiti minimi per porre domande:

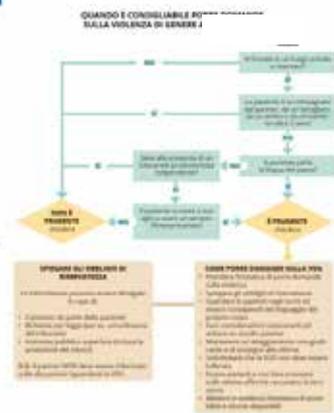
- Protocollo o procedura standardizzata
- Presenza di operatori sanitari formati per porre domande e fornire informazioni alle vittime
- Presenza di condizioni di sicurezza adeguate, (privacy e riservatezza)
- Conoscenza da parte degli operatori di quali siano le risorse disponibili a cui le pazienti possono essere rinviate a consulto

[IMPLEMENT Fundamental Reference Tool]

### Quando è sicuro?

- Luogo privato e confidenziale
- Donna da sola
- Per le immigrate, le rifugiate o le donne che appartengono ad una minoranza etnica e che non parlano la lingua locale, assicurare la presenza di un interprete (non famigliari come interpreti)

[IMPLEMENT Fundamental Reference Tool]



IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AEST091404AF1001

## Indagine clinica

- Non è sicuro chiedere a tutte le donne
- Non ci sono prove per un'indagine di controllo o di routine
- Porre domande quando le donne presentano certe lesioni
- Avere un atteggiamento cauto nel porre le domande
- Chiedere se è d'accordo nel parlare della VDG

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AEST091404AF1001

 IMPLEMENT  
HEALTH SYSTEM RESPONSE  
TO DOMESTIC VIOLENCE

## Come porre domande

- Prendere l'iniziativa di porre domande sulla violenza
  - non porre domande se si è presenza di altre persone, in particolare del partner
- Riservatezza
- Guardare la paziente negli occhi
- Linguaggio del corpo
- Ascolto attivo
- Validazione
- Pazienza
- Usare affermazioni rassicuranti
- Mettere in evidenza che esistono opzioni e risorse disponibili
- Atteggiamento non giudicante

[UNIPA-WAVE, p. 70]

IMPLEMENT - Specialized Support for Victims of Violence in Health Care Systems across Europe  
AHEAD-AGAP/CSM

 IMPLEMENT  
HEALTH SYSTEM RESPONSE  
TO DOMESTIC VIOLENCE

## Porre domande

“So per esperienza che molte donne vivono situazioni di violenza e abuso in famiglia. Succede anche a lei?”

“Sappiamo che molte donne subiscono violenza e abusi in famiglia e ciò compromette la loro salute. Mi chiedo se lei avesse mai subito violenza in famiglia”

“Molte tra le mie pazienti si trovano in relazioni di coppia violente. Spesso parlarne spaventa e mette a disagio. Lei ha mai subito violenza o abusi da parte del suo partner?”

“Hai paura di qualcuno a casa? Qualcuno ti ha ferita?”

“So per esperienza che le pazienti che presentano questo tipo di lesioni sono state vittime di violenza fisica. È successo anche a lei?”

“Qualcuno ha cercato di controllare le tue azioni e le persone che frequenti?”

[RS Training Materials, Bristol, UK, 2015]

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AHEAD-AGAP/CSM

 IMPLEMENT  
HEALTH SYSTEM RESPONSE  
TO DOMESTIC VIOLENCE

## Porre domande

La ricerca mostra che: le donne non iniziano a parlare della violenza, ma la maggior parte delle volte reagiscono positivamente se vengono loro poste delle domande

Porre domande appropriate all'età della paziente, alla cultura e al livello di tranquillità di quel momento

Evitare termini tecnici come „violenza domestica“ - le donne possono non conoscerne il significato e quindi non identificarsi

[UNIPA-WAVE, p. 200]

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AHEAD-AGAP/CSM

## Assistenza focalizzata sulle donne Prima linea di assistenza

- **Prima linea di assistenza**
  - assistenza immediata
  - assistenza e conferma
  - 'primo soccorso psicologico'
- **Assistenza focalizzata sulle donne**
  - Conferma
  - Assistenza pratica, non invasiva
  - Sensibilità e pazienza
  - Fornire informazioni
  - Migliorare la sicurezza e il senso di controllo
  - Riservatezza e privacy
  - Supporto sociale
  - Sistema di rinvio efficace

(WHO, "Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women" (2013), p. vi.)  
(UNFPA-WAVE, d. 74)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
A122014/SAP/041

**IMPLEMENT  
SEMINARIO TRAIN  
THE TRAINERS**  
Presentazioni in PowerPoint

**GIORNO 1**

## Le voci delle vittime

*"Gliel'ho raccontato. Era come se avessimo finalmente trovato la tessera del puzzle. Il medico ha detto che secondo lui il motivo... Ho accennato alla violenza domestica... il mio medico di base ha preso subito provvedimenti"*

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
A122014/SAP/041

## Sessione 4 RICONOSCIMENTO E DOCUMENTAZIONE DELLA VDG



## Riconoscimento

**Messaggi chiave:**

- "Ti credo"
- "Non è colpa tua"
- "I servizi di supporto e assistenza sono a tua disposizione"
- "Grazie per avermelo detto"
- "Tutti hanno il diritto di essere al sicuro (nella propria casa)"

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AIST091424P/0201



## Uso della documentazione

Questioni legali degli operatori sanitari	Questioni legali del paziente	Per una buona assistenza medica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• obbligo professionale di documentare i dettagli di ogni visita con il paziente</li> <li>• le annotazioni dovrebbero riflettere ciò che il paziente ha detto, visto e fatto</li> <li>• mantenere la riservatezza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la documentazione medica può essere utilizzata in tribunale come prova</li> <li>• le conseguenze, documentate, sulla salute possono aiutare il tribunale a decidere</li> <li>• la mancanza di coordinamento tra il sistema sanitario e le forze dell'ordine/PM possono causare la perdita di prove</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la documentazione può pre-allertare altri servizi sanitari, ai quali può in seguito rivolgersi la paziente, sulle sue esperienze di VDG e quindi aiutare nel fornire un'assistenza e un monitoraggio adeguati</li> <li>• la VDG è una particolare forma di violenza che richiede un'adeguata formazione</li> </ul>

[UNIPA-WAVE, p. 79]

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AIST091424P/0201



## Documentare la Storia Clinica

o Perché documentare?

o Consenso informato

1. Ottenere consenso informato

- Spiegare tutti gli aspetti della visita
- Spiegare i limiti della riservatezza
- Chiedere al paziente di sottoscrivere il consenso informato, se richiesto dalla legge

→

2. Documentare la storia clinica completa

- tempi e modi dell'aggressione
- rischio di gravidanza indesiderata, malattie
- stato di salute mentale della donna
- informazioni demografiche
- risultati di esami e test fisici
- programma di trattamento
- medicazione
- sintomi o lesioni
- frequenza e brutalità dell'abuso
- registrare il consenso e il rinvio a consulto

[UNIPA-WAVE, p. 80]

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AIST091424P/0201

## Documentare

- **Intervistando**
  - chiederle di spiegare con parole sue ciò che è successo
  - porre domande aperte, evitando di chiedere „perchè“
  - evitare interruzioni non necessarie
  - ascolto attivo
  - validazione
  - non giudicante

[UNFPA-WAVE, p. 75]

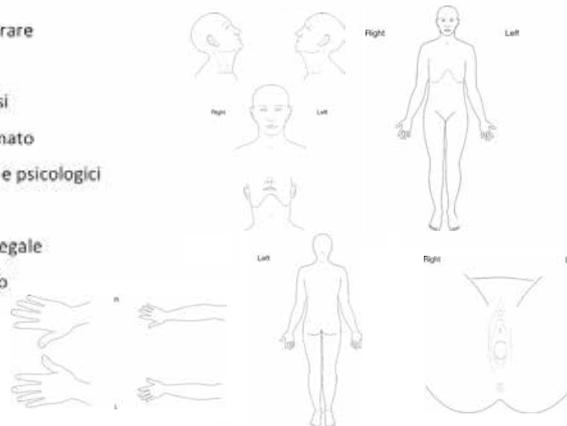
- **Documentando i casi di abuso sessuale**

## GIORNO 1

## Esame Fisico

- Spiegare e mostrare
- Permesso
- Essere scrupolosi
- Consenso informato
- Sintomi emotivi e psicologici
- Lesioni fisiche
- Perizia medico-legale
- Mappa del corpo

[UNFPA-WAVE, p. 75]

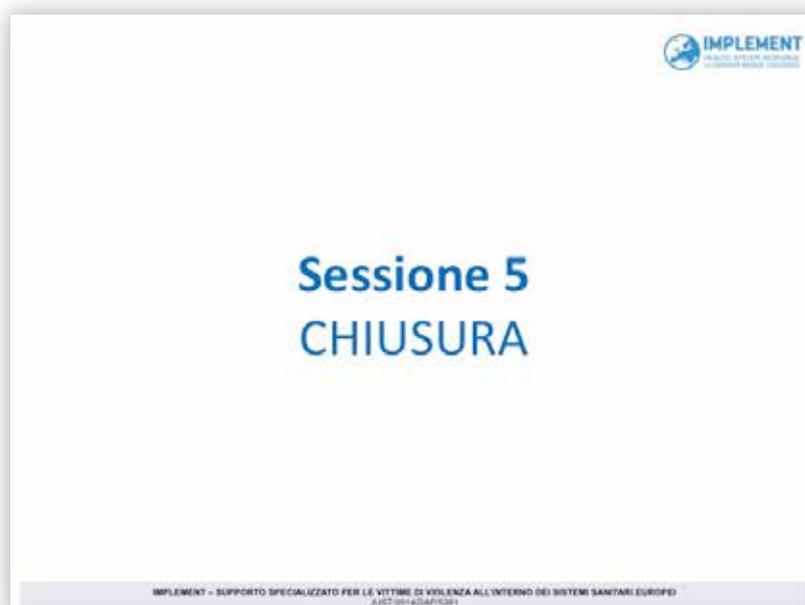


## Fotografie

- Consenso informato
- Identificazione
- Scale
- Orientamento
- Catena di custodia
- Sicurezza
- Sensibilità

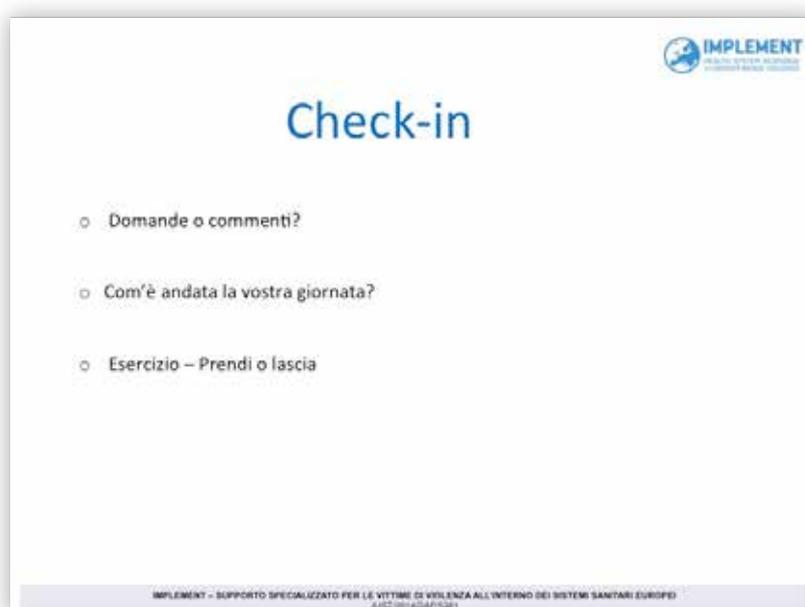
[UNFPA-WAVE, p. 80]

## GIORNO 1



**Sessione 5**  
**CHIUSURA**

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
A820H42AF/C81



**Check-in**

- Domande o commenti?
- Com'è andata la vostra giornata?
- Esercizio – Prendi o lascia

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
A820H42AF/C81

## Contenuti della seconda giornata

- Accoglienza
- Fattori di rischio
- Valutazione dei rischi
- Pianificazione della sicurezza
- Percorsi di rinvio a consulto
- „Fundamental Reference Sheet“ – il „modello di riferimento“
- Il Protocollo IMPLEMENT per il rinvio a consulto
- Presentazioni
- Sfide della formazione
- La difesa contro la VDG
- la cura di sé
- Prossimi passi e piani di azione
- Valutazione e feedback

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT09142AF15281

**IMPLEMENT  
SEMINARIO TRAIN  
THE TRAINERS**  
Presentazioni in PowerPoint

## GIORNO 2

With financial support  
from the Rights, Equality  
and Citizenship Programme  
of the European Union



## Sessione 6 VALUTAZIONE DEI RISCHI E PIANIFICAZIONE DELLA SICUREZZA

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT09142AF15281

## Fattori di rischio

- Atti di violenza precedenti
- Separazione e divorzio
- Violenza commessa da altri membri della famiglia
- Possesso e/o uso di armi
- Abuso di alcool e droghe
- Minacce
- Gelosia estrema e possessività
- Concetti e atteggiamenti patriarcali
- Stalking
- Bambini in pericolo
- Possibili cause scatenanti
- Inosservanza di ordini restrittivi

(UNFPA-WAVE, p. 83)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
AECT09142AF15281



## Domande per la valutazione dei rischi

**DOMANDE DA PORRE QUANDO SI EFFETTUA LA VALUTAZIONE DEI RISCHI**

- “Corre qualche rischio a tornare a casa?”
- “Che cosa pensa possa accadere?”
- “Di che cosa è stata minacciata?”
- “Anche i bambini sono stati minacciati?”

**Domande a rischio**

- “Credi che lui/lei potrebbe ferire te o i tuoi bambini?”
- “Il fatto più grave?” (che ti ha più impaurito o ferito)
- “Le cose stanno volgendo al peggio?” (frequenza, tipologia, gravità, escalation)

(IPS Training, Bristol, UK, 2015)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST-091424P16361



## SPECCS

**Separation/Child Contact** (Separazione/contatto con i bambini): lasciare un partner violento è estremamente rischioso.

**Pregnancy** (Gravidanza) (pre-natale o fino a un anno d'età): il 30% della violenza domestica e degli abusi comincia durante la gravidanza.

**Escalation of Violence** (Escalation della violenza): episodi di violenza domestica accaduti in passato sono l'indicatore più efficace di violenza futura. Per il 35% delle famiglie, il secondo episodio di violenza avviene entro cinque settimane dal primo.

**Cultural Factors** (Fattori culturali): per esempio barriere linguistiche, permesso di soggiorno e isolamento.

**Stalking** (Pedinamenti): secondo le ricerche, i pedinamenti che avvengono all'interno di una relazione di coppia sono più pericolosi e ossessivi rispetto a quelli che non coinvolgono il partner.

**Sexual Assault** (Aggressione sessuale): quando i perpetratori usano sia violenza fisica che sessuale, le vittime corrono un rischio elevato.

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST-091424P16361



## DASH

**Domestic Abuse, Stalking and Harassment and Honor-based Violence**  
**Risk Assessment – Valutazione di rischi dell'abuso, del pedinamento e della molestia e del delitto d'onore**

- Modulo da compilarsi dal personale di prima linea in caso di abuso domestico
- Identificare i fattori di rischio, chi è a rischio, e decidere il livello di intervento adatto
- Includere i dettagli dei bambini domiciliati
- Documentare i passaggi intrapresi per assicurare la sicurezza immediata della vittima e dei bambini
- Chiedi a te stesso/a: „Sono sicura di aver fatto tutto ciò in mio potere?”

[www.dashriskchecklist.co.uk/](http://www.dashriskchecklist.co.uk/)

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST-091424P16361

## Pianificazione della sicurezza

- Sicurezza nella relazione
- Vivere in una situazione di emergenza
- Sicurezza quando una relazione è finita

## GIORNO 2

## Le voci degli operatori sanitari

*“Da quando abbiamo usufruito dell'intervento formativo siamo stati in grado di intercettare più casi e aiutare donne che prima non erano riuscite a parlare degli abusi subiti. Riusciamo anche a valutare meglio i rischi per le donne e i loro bambini”*

-Dottore

## Le voci degli operatori sanitari

*“Grazie. L'ho rivista dopo qualche tempo e si sentiva sostenuta e capita. Veramente commovente. Uno di quei momenti speciali in cui capisci che esiste un supporto adeguato per coloro che ne hanno più bisogno. Favoloso”*

-Dottore

## Il percorso di rinvio a consulto

- **Cos'è un percorso di rinvio a consulto?**  
Quadro istituzionalizzato che collega i diversi soggetti che operano con un mandato ben definito in una rete di cooperazione.
- **obiettivo:**
  - **Protezione e assistenza** alle vittime e aiuto nel loro percorso di recupero e empowerment;
  - **Prevenzione** della VDG;
  - **Persecuzione dei colpevoli (le cosiddette 3 P)**

(UNFPA-WAVE, p. 88)

## Rinvio a consulto

- Come e quando un rinvio a consulto dovrebbe aver luogo?
- Cose da fare o non fare, per esempio: suggerisci un rinvio a consulto anche se in precedenza è stato rifiutato; non forzare qualcuno nell'accettare un rinvio a consulto
- Consulta il "Fundamental Reference Sheet" – modello di riferimento
- Cos'è un processo di rinvio a consulto?
- Il vostro ruolo nel processo di rinvio a consulto

## Modello di Riferimento

- Per tutti i professionisti sanitari in modo da avere un riferimento su come rispondere alla VDG, inclusi:
  - Nome e contatto del percorso di rinvio a consulto individuato (difensore contro la VDG)
  - Esempi di domande (dirette/indirette)
  - "Quando è sicuro porre domande sulla VDG?" diagramma
  - Ciò che dovrebbe essere documentato
  - Le bandiere rosse associate alla VDG
  - "Il percorso di cura per la VDG" diagramma
  - Elementi per assicurare sicurezza nell'ambiente sanitario

# Il Protocollo IMPLEMENT

Hai riconosciuto una VDG e la donna ha acconsentito di mettersi in contatto con un difensore contro la VDG.  
Cosa fai a questo punto?

## GIORNO 2

## Sessione 7 FORMAZIONE E SFIDE

## Presentazioni

- Dividersi in gruppi di due persone
- preparazione - 20 minuti
- presentazioni - 5 minuti
- Introduci te stesso e il tuo ruolo in IMPLEMENT
- Spiega IMPLEMENT, i benefici alla tua struttura, gli operatori sanitari, i pazienti
- I prossimi passi e come aderire
- Feedback

## GIORNO 2



### Suggerimenti sulla formazione I

- **Dimenticato qualcosa?** Respira profondamente, prenditi un momento, guarda le annotazioni, prosegui
- **Ti senti nervoso?** Immagina di rivolgerti ad un pubblico interessato e motivato fissa un'immagine positiva nella tua mente, cerca il contatto con gli occhi
- **Non conosci la risposta ad una domanda?** Fermati, pensa, sii onesto e afferma che risponderai più tardi
- **Qualcuno non è d'accordo con te?** Accetta le sfide e le domande, non prendertela personalmente, scegli un approccio finalizzato a risolvere i problemi

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/2014/GAP/6361



### Suggerimenti sulla formazione II

- **Qualcuno pone una domanda nel tuo stesso momento ?** Ricordagli l'accordo del gruppo (si parla uno alla volta)
- **Sei sconvolto?** Guarda la slide, controlla le annotazioni, sii presente, continua.
- **Troppo precipitoso, le persone sono distratte?** Parla più lentamente, fai pause più lunghe fra le frasi, bevi un po' d'acqua, rivedi ciò di cui hai appena parlato.

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/2014/GAP/6361



## Sessione 8 LA DIFESA CONTRO LA VDG

IMPLEMENT - SUPPORTO SPECIALIZZATO PER LE VITTIME DI VIOLENZA ALL'INTERNO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI  
JUST/2014/GAP/6361

## Il difensore contro la VDG I

- offre supporto emotivo e pratico
- offre alternative e da forza
- è orientato al paziente: adotta un approccio flessibile a seconda della situazione della donna, cambia rapidamente
- fornisce supporto continuo agli operatori sanitari

## GIORNO 2

## Il difensore contro la VDG II

- offre il rinvio ad un'ampia gamma di servizi lungo tutti i livelli di rischio
- collabora con l'operatore sanitario
- raccoglie i dati sul paziente
- aggiorna l'operatore sanitario sugli sviluppi del caso
- offre supporto a lungo termine (invece di interventi tampone a breve termine)
- fornisce il rinvio a consulto per coloro che altrimenti non avrebbero accesso ad alcuna assistenza

## Buone pratiche

- assicurare sicurezza per il paziente e il difensore contro la VDG durante l'incontro
- spiegare le procedure di IMPLEMENT, la riservatezza e la condivisione delle informazioni
- utilizzare interpreti adeguati
- assicurare tempo e riservatezza
- proteggere gli adulti e i bambini vulnerabili
- ricordare il modulo sugli esiti del paziente
- ricordare che è come se trattassi il segreto di qualcuno
- ricordare agli operatori sanitari che l'assistenza è orientata al paziente e non fornisce una cura o prescrizione o "cura tampone"
- ricordare agli operatori sanitari che l'aprirsi agli altri è un processo e non un evento unico

## GIORNO 2

# La cura di sè

Come ti prendi cura di te stesso mentre lavori nel campo della VDG?

1. **Cura Fisica:** mangia, dormi e riposa regolarmente, fai esercizio fisico, prenditi una vacanza
2. **Cura emotiva:** guarda il tuo film preferito/ascolta la tua canzone preferita, piangi e ridi
3. **Cura professionale:** metti dei paletti, sottoponiti regolarmente a verifiche (supervisione), equilibra vita e lavoro, metti dei limiti, respira durante la giornata

Usa il supporto offerto attraverso IMPLEMENT  
Mettiti in contatto con Gene e Medina

# Prossimi passi

- o contatti di altri difensori contro la VDG e operatori sanitari
- o vostro reclutamento
- o regolare supervisione
- o contatto continuo con il gruppo IMPLEMENT
- o contatto continuo con Gene e Medina
- o piani di azione individuali

# Piani di Azione

Per cortesia pensa e annota 3 azioni sulle quali hai intenzione di lavorare

Pensa alle azioni, se hai bisogno di assistenza e risorse per realizzarle e con chi puoi discuterne

Pensa alla tempistica di realizzazione e ai tempi per il monitoraggio

Ricorda di rendere le tue azioni **SMART**:  
Specific (specifiche), Measurable (misurabili), Achievable (raggiungibili), Realistic (realistiche), within a Timeframe (con una precisa tempistica)

## Sessione 9 VALUTAZIONE

## GIORNO 2







**IMPLEMENT**

HEALTH SYSTEM RESPONSE  
TO GENDER BASED VIOLENCE