



***“Violenza di genere e DEA: predisposizione  
di un Profilo Assistenziale e Intervento  
Formativo a favore del Personale”***

Presentazione

**Maurizio Mariotti**

Infermiere P. Soccorso/Potes 118  
Ospedale Civitanova Marche

**Autori**

F.Cotticelli, C.Rinaudo, M.Mariotti, G.Turri, R.Vitali, E.Torresi, G.Garbuglia, I.Baglioni, V.Simonetti, D.Comparcini

Asur Marche Av3 e Av5 – AOU Osp Riuniti, Ancona



# INTRODUZIONE

Violenza fisica e sessuale:  
problema sanitario che colpisce  
Il 35% delle donne (OMS 2013)

Più di 1.000.000 di morti/anno  
a seguito di atti di violenza  
(Farchi et al., 2013)

**VIOLENZA SULLE DONNE**  
Problema di salute pubblica  
in espansione in tutto il mondo  
Risoluzione 49.25 - Organizzazione  
Mondiale Sanità - 1999)

Necessità di competenze tra gli  
Operatori dei Pronto Soccorso e di  
piani di accoglienza dall'accesso fino  
all'affidamento ai Servizi Sociali  
(Ministero della Salute, 2008)

In Italia la donna maltrattata  
ricorre ai servizi sanitari con  
frequenza 5/6 volte maggiore  
rispetto alle altre

Spesso il femminicidio  
è preceduto da accesso  
in PS nei 24 mesi precedenti  
(Mamo et al., 2013)





# SCOPO DELLA RICERCA



## Obiettivo Generale

1. **Creare un percorso che accompagni la donna vittima di violenza e/o maltrattamento, dal momento del suo accesso in ospedale, fino all'affidamento ai servizi di aiuto territoriali, coinvolgendo nel percorso tutte le figure che partecipano alle varie fasi assistenziali, sia nella fase acuta che nel lungo periodo.**
2. **Stabilire l'eventuale necessità di bisogni formativi del Personale che partecipa alle varie fasi previste dal PDTA**



# MATERIALI E METODI



Procedure di studio attuate in tre diverse fasi:

## **Programmata infine la formazione**

multidisciplinare finalizzato all'interpretazione dei risultati

Fase 1) Studio osservazionale retrospettivo, interessante i Pronto Soccorso e i Punti di Primo Intervento dell'Area Vasta 3 (prov. di MC) – ASUR Marche – e relativo agli accessi di donne vittime di violenza e/o maltrattamenti (periodo da 1/1/2012 a 31/3/2014)

Confronto/Integrazione con Assessorato Servizi Sociali del Comune di Civitanova M. e Centro Anti Violenza Provinciale.

Emergenza.





# RISULTATI



Accesso presso PS/PPI dei Presidi Ospedalieri dell'AV3.

<b>Struttura</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Camerino	38	4.59
Civitanova	303	36.59
Macerata	235	28.38
Matelica	20	2.42
Recanati	85	10.27
San Severino M.	36	4.35
Tolentino	111	13.40
<b>Totale Periodo</b>	<b>828</b>	<b>100</b>



# RISULTATI



Il Gruppo di Lavoro, in maniera unanime, ha recepito:

- ✓ l'importanza del fenomeno,
- ✓ l'esigenza di predisporre un piano che, dall'accoglienza accompagnasse la donna fino al suo reintegro ad una vita normale,
- ✓ L'importanza di sfruttare le risorse "istituzionalmente" sanitarie, ma anche quelle messe a disposizione dal Governo Regionale (Centri Antiviolenza e Case Protette).



# RISULTATI

## Rilevazione competenze e necessità formative

Obiettivo coinvolto: PS Soccorso MURG – POTES 118 - Ginecologia

Totali Accessi accolti: 206.591 - trattamento di 119.98.290 (47.58%)

Personale incluso nelle studio: 74 – response rate 75.51%  
La legge richiede segnalazione obbligatoria di HIV che accedono in PS?

Medici Informatori GSS Operatori Tecnici (autisti/118) 1.39  
Casi di HIV riconosciuti come tali 1.39

Età media: 44.04 anni (max 62 – min 27) ↓ PS (39.28) ↑ Ginec (54.00)

Spiti preparata/o 47 63.28

Permanenza media attuale reparto: 9.23 anni  
Mediana di risposta preparata/o 39 44.85

Risponde contatto 280 33.63  
A discrezione del Medico 70 9.72

Struttura affide preparata/o 25 23.79  
Non 5 6.94

Sostegno psicologico 62 54.31  
Non se rispondere 10 13.89

Centri di ascolto 5 4.42

Case protette 2 1.77

Sostegno territoriale 7 6.19

Non risponde/non sa 17 15.04



# CONCLUSIONI

L'organizzazione sanitaria dovrà quindi porsi come obiettivi:

- ✓ Individuare i percorsi assistenziali, sia in acuto che a lungo periodo della vittima di violenza di genere;
- ✓ Definire le modalità operative, che assicurino risposte adeguate e coordinate tra i vari servizi interessati, dall'ospedale per acuti fino all'assistenza territoriale, distrettuale e consultoriale;
- ✓ Creare procedure chiare, semplici e schematiche, facilmente accessibili a tutti gli Operatori e soprattutto realmente applicabili;
- ✓ Garantire riservatezza e protezione alla persona oltraggiata.



## CONCLUSIONI

Un ultimo pensiero, da tener conto nel percorso formativo del Personale, andrebbe dedicato ad un ulteriore aspetto, oggi frequentemente nominato, dibattuto e celebrato, ma del quale noi ci perdiamo troppo spesso le tracce nel momento della

Le emozioni tendersi  
Il benessere è  
importante in tutte le fasi dell'assistenza, perché come recita un vecchio proverbio degli indiani Navajo:

***“Se il sorriso non regna nel tuo animo,  
non lo potrai regalare a nessuno...”***

Può accadere che il sanitario identifichi nell'accaduto un suo vissuto, con conseguente suo coinvolgimento diretto. Questa situazione può limitare l'efficacia dell'intervento assistenziale, o portare l'ope  
**Grazie** Zuliani,  
(2006).