

Martina Ruberto

(RN) infermiera, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Giovanna Castellini

Psicoterapeuta, Centro Stress e Disadattamento Lavorativo, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Silvia Ronchi

(RN, MSc), Dottoranda di ricerca in Nursing and Midwifery, Università degli Studi di Milano-Bicocca

La gestione della donna con storia di violenza di genere, ricoverata in contesti di cure per acuti: revisione narrativa della letteratura

Management of women with a history of gender-based violence hospitalized in acute care settings: a narrative review

RIASSUNTO**Introduzione**

La violenza contro le donne è una priorità sanitaria che coinvolge molte donne, pur rimanendo spesso nascosta. Gli infermieri hanno un ruolo chiave nell'assistenza alle vittime e, nei reparti di degenza, affrontano sfide uniche rispetto al Pronto Soccorso.

Scopo

Indagare le pratiche infermieristiche riguardanti l'assistenza alle donne che si sospetta siano vittime di violenza o che rivelano la loro situazione durante un ricovero ospedaliero per motivi clinici diversi dalla violenza stessa.

Metodi

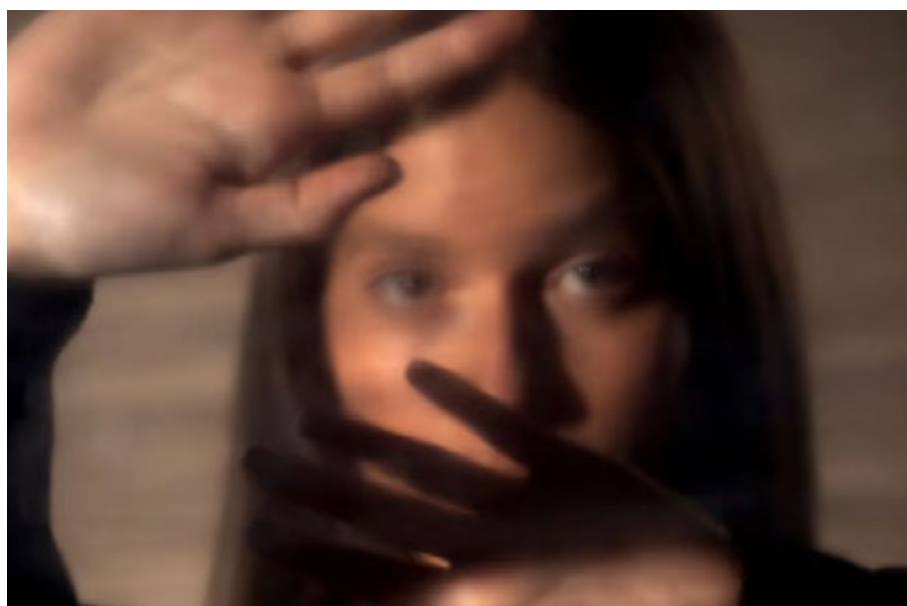
Revisione narrativa della letteratura tramite ricerca bibliografica sulle principali banche dati biomediche.

Risultati

La revisione della letteratura identifica tre variabili chiave che influenzano la gestione della divulgazione della violenza: ostacoli, aspetti relazionali e comunicativi e l'ambiente. Gli ostacoli includono la mancanza di formazione tra gli infermieri, la riluttanza a sollevare la questione per timore di danneggiare la relazione con le donne, stereotipi culturali e pregiudizi e la mancanza di linee guida specifiche. Un rapporto di fiducia tra gli infermieri e le donne vittime di violenza è essenziale, in quanto le donne desiderano che la questione della violenza sia sollevata e trattata. La conversazione deve essere effettuata in un ambiente privato, tranquillo e con il giusto tempo a disposizione.

Conclusioni

Per elevare la qualità dell'assistenza infermieristica nella gestione della violenza e promuovere una pratica più consapevole e sicura è fondamentale migliorare la formazione, combattere i pregiudizi, diffondere i protocolli. Inoltre,



è essenziale introdurre scenari di simulazione nella formazione di base degli infermieri.

Parole chiave

Violenza di genere, Violenza sulle donne, Rivelazione, Infermieri, Relazione infermiere-assistito.

ABSTRACT**Background**

Gender violence affects many women, nowadays is a health priority but often remains hidden. Nurses play a key role in caring for victims and they have to face unique challenges in inpatient settings compared to the Emergency Department.

Aim

To investigate nursing practices regarding the care of women who are suspected victims of violence or who disclose their situation during a hospital stay for medical reasons other than violence itself.

Methods

Narrative review of the literature through bibliographic search of major biomedical databases.

Results

The literature review identifies three key variables that influence the management of disclosure of violence: barriers, relational and communication aspects and the environment. Barriers include lack of training among nurses, reluctance to raise the issue for fear of damaging the relationship with women, cultural stereotypes and prejudices and the lack of specific guidelines. A relationship of trust between nurses and women victims of violence is essential, as women would like the issue of violence to be raised and addressed. Conversations on the topic of violence should be given an adequate amount of time in a quiet and private setting.

Conclusion

It is essential to improve training, fight prejudices, and disseminate protocols to raise the quality of nursing care in the management of violence and promote a more aware and safe nursing practice. Furthermore, it is essential to introduce simulation scenarios on the topic in nurses training and education.

Keywords

Gender-based violence, Nurses, Disclosure, Women abuse, Nurse-patient relationship.

INTRODUZIONE

La violenza contro le donne è al giorno d'oggi una delle più diffuse, persistenti e devastanti violazioni dei diritti umani, ("Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne – 25 novembre – www.onuitalia.it") con un grande impatto a livello mondiale, ricorrente in tutte le fasce di età e si manifesta in 1 donna su 3 (Ministero della Salute).

L'articolo 1 della Dichiarazione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sull'eliminazione della violenza contro le donne definisce, per la prima volta nel 1993, l'espressione "violenza contro le donne" come "ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata", considerandolo come "un problema di salute enorme e uno dei principali fattori di rischio di cattiva salute e di morte prematura per donne e ragazze" ("Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne – 25 novembre – www.onuitalia.it").

Negli ultimi anni, si è registrato un aumento dell'attenzione mediatica verso questo fenomeno, specialmente in seguito a tragici eventi di cronaca. Nonostante siano state lanciate numerose campagne di sensibilizzazione per combattere il fenomeno, la violenza di genere rimane in gran parte invisibile, con un significativo numero di donne che non condividono la loro esperienza di violenza e non la denunciano ("Istat.it - Violenza sulle donne").

Gli eventi traumatici correlati alla violenza in tutte le sue forme hanno un impatto distruttivo immediato e duraturo sulla vita della donna, con ripercussioni sia a breve termine che a lungo termine, conseguenze sulla vita sessuale e riproduttiva. (Gino e Caenazzo, 2019), andando ad incidere sia nella sfera biologica che in quella psicologia e sociale (Gino e Caenazzo, 2019).

Tra i disturbi a breve termine si trovano i disturbi ginecologici, le complicanze della gravidanza, l'aborto spontaneo e le gravidanze indesiderate. Sul lungo termine possono invece manifestarsi malattie a trasmissione sessuale (compresa positività all'HIV e lo sviluppo di AIDS), sterilità, malattie infiammatorie pelviche e disfunzioni sessuali (Gino e Caenazzo, 2019).

Da non sottovalutare sono le ripercussioni a livello psicologico e comportamentale, che possono avere un esordio immediato, come ansia, attacchi di panico, insonnia, sensi di colpa e di vergogna e inattività, oppure presentarsi a

distanza dell'evento attraverso depressione, fobie, scarsa autostima, disturbo post-traumatico da stress, comportamenti autolesivi, abuso di alcol e droghe e disturbi alimentari (Gino e Caenazzo, 2019).

Gli infermieri ricoprono un ruolo cruciale nell'assistenza alle donne vittime di violenza, intervenendo nell'immediatezza del fatto tramite la fornitura di supporto, cure e risorse alle donne vittime di violenza. Tuttavia, è frequente che le donne non rivelino spontaneamente quale sia il reale motivo del loro stato di salute o che non ammettano facilmente il problema quando interrogate direttamente. In queste situazioni, il personale sanitario deve essere in grado di sospettare che la violenza sia la causa, basandosi sulla storia clinica della donna e sui segni e sintomi. Pertanto, l'obiettivo del personale sanitario sarà quello di approfondire la questione con la donna, al fine di orientarla verso specifici servizi di assistenza e supporto, che possano garantire una presa in carico completa, non solo dal punto di vista sanitario ma anche sociale, psicologico e legale (Gino e Caenazzo, 2019).

Come già accennato, nonostante gli sforzi per combattere questo fenomeno, molte vittime rimangono in silenzio per vergogna, paura e senso di colpa (Gino e Caenazzo, 2019).

L'intervento nella fase acuta da parte dei professionisti sanitari che accolgono la vittima di violenza sessuale comporta la necessità di sapersi confrontare non solo con priorità di tipo clinico, ma anche con la sofferenza e l'angoscia che caratterizzano i vissuti di questa tipologia di assistite. Il giusto approccio spesso è la chiave per ottenere un buon esito (Longo, 2017).

A differenza degli infermieri di Pronto Soccorso che sono più preparati, tramite corsi di formazione specifica e la presenza di protocolli di triage, con indicazioni sulle modalità di gestione del caso, nel riconoscere e nell'accogliere la donna soggetta a violenze, gli infermieri dei reparti di degenza si trovano ad affrontare una sfida complessa e inaspettata (Withiel et al., 2022). Il Pronto Soccorso rappresenta spesso il primo punto di contatto con il sistema ospedaliero per le donne, offrendo agli infermieri in questo contesto un'importante opportunità per sviluppare competenze cliniche nella gestione della violenza, grazie alla loro potenziale esposizione ai pazienti con esperienze di violenza (Withiel et al., 2022). Uno studio trasversale condotto nel 2021, focalizzato sulla preparazione e sulla risposta alla violenza nelle diverse aree cliniche, ha rivelato che gli infermieri del pronto soccorso possiedono una conoscenza significativamente superiore rispetto ai loro colleghi delle unità di degenza, in quanto effettuano screening per la violenza con maggiore frequenza, dimostrando una maggiore conoscenza e sicurezza nella gestione delle donne vittime di violenza rispetto ai colleghi delle unità di degenza (Withiel et al., 2022).

Gli infermieri che lavorano nei diversi reparti di degenza, grazie ai loro continui contatti con le donne e al tempo significativo trascorso con loro durante la degenza occupano una posizione unica che li rende idonei a svolgere un ruolo attivo nel supportare le vittime di violenza (Withiel et al., 2022). Tuttavia, è importante notare che, a causa della mancanza di uno screening regolare per la violenza, potrebbe sfuggire loro l'identificazione di situazioni di abuso sulle donne. Questo può comportare il rischio di perdere occasioni fondamentali per fornire il supporto e l'assistenza necessari alle vittime (Withiel et al., 2022).

OBIETTIVO

Alla luce dell'importante diffusione del fenomeno e delle ripercussioni sulla salute della donna, ci si propone di contribuire all'arricchimento delle conoscenze nel campo dell'assistenza infermieristica e della gestione della donna vittima di violenza, nei casi in cui vi sia un sospetto o il disvelamento della violenza subita avvenga in un contesto diverso dal Pronto Soccorso, durante per il ricovero per altri motivi clinici. Lo scopo sarà dunque compendiare le conoscenze disponibili in letteratura in merito agli ostacoli presenti nella gestione del problema e alle strategie che il personale infermieristico afferente alle aree di degenza ordinaria può utilizzare nel supportare dapprima il disvelamento ed in seguito il percorso di presa in carico della donna, nell'uscita dalla situazione violenta.

MATERIALI E METODI

Per raggiungere lo scopo è stata condotta una ricerca bibliografica, partendo dalla costruzione di un quesito di ricerca secondo l'acronimo PIO, come di seguito riportato:

P: Donne vittime di violenza

I: Interventi infermieristici e strategie relazionali per la gestione del disvelamento e della presa in carico

O: Migliore gestione del percorso di presa in carico della donna vittima di violenza

La ricerca bibliografica è stata condotta da luglio a Settembre 2023, consultando le banche dati Cinahl, Embase, PsycInfo e Ovid MedLine, utilizzando le parole chiave *"Gender-Based Violence"*, *"Domestic Violence"*, *"Intimate Partner Violence"*, *"Sexual Abuse"*, *"Nursing Care"*, *"Nurses"*, *"Nurse-Patient Relations"*, *"Nursing Role"*, *"Nurse Attitudes"*, *"Clinical Competence"*. Le stringhe di ricerca sono state costruite utilizzando gli operatori booleani *"AND"*, *"OR"* e *"NOT"*; i caratteri jolly con funzione di troncamento e i termini Theasurus, ove disponibili. In tutte le banche dati, sono stati

imposti limiti linguistici, includendo studi in lingua inglese e italiana. I criteri temporali applicati prevedevano la pubblicazione del documento tra l'anno 2013 e il 2023. La tabella 1 (riportata sul sito www.italianjournalofnursing.it) riassume le strategie di ricerca utilizzate su ciascuna banca dati.

L'interrogazione delle banche dati ha restituito un totale di 73, 81, 40 e 60 risultati in Cinahl, MedLine, PsycInfo ed Embase, rispettivamente. A seguito della rimozione dei duplicati, i records sono stati valutati per l'eleggibilità come da PRISMA Flow Diagram, illustrato in Figura 1, selezionando i documenti che:

- avessero per argomento la violenza sul genere femminile
- riguardassero la presa in carico della donna vittima di violenza ricoverata nei reparti di degenza
- trattassero l'esperienza dalla gestione della vittima di violenza in ambito ospedaliero dal punto di vista degli infermieri.

Sono stati esclusi i risultati riguardanti la gestione della donna vittima di violenza in Pronto Soccorso, la violenza sui Minori e il genere maschile o il traffico sessuale. I documenti eleggibili ai fini del raggiungimento dello scopo sono stati sottoposti a lettura integrale, analisi e sintesi in tabelle sinottiche.

RISULTATI

Sono stati inclusi nella revisione 18 documenti, condotti in diverse aree geografiche e con disegni di studio differenti. Dalla lettura integrale dei documenti identificati tramite la ricerca bibliografica, sono emerse tre tematiche principali, come riportato in tabella 3 (riportata sul sito www.italianjournalofnursing.it).

OSTACOLI AL DISVELAMENTO

In letteratura sono presentati diversi ostacoli alla gestione del disvelamento della violenza. La percezione, da parte degli infermieri, di essere poco formati o di non avere conoscenze per la gestione dei casi di violenza sulle donne può essere una delle principali barriere all'identificazione degli abusi sulle donne (Vijayalakshmi et al., 2021).

In uno studio inglese, più della metà degli infermieri di area ortopedica ha riferito di chiedere alle donne informazioni sulla violenza domestica, ma gli stessi riportano di avere scarse conoscenze su come agire per gestire la fase successiva alla divulgazione, non conoscendo i supporti disponibili (Downie et al., 2019).

Negli studi condotti nel Regno Unito e in Australia, gli infermieri hanno riferito di avere una formazione precedente sul tema assente (nel 30% dei casi) o comunque estremamente limitata (mediamente di 2-5 ore di lezione o workshop sulle competenze) (Ali et al., 2022). I risultati in merito alla formazione sono simili anche in uno studio condotto su un campione di infermieri afferenti all'area psichiatrica di diversi ospedali in India, i quali riferivano per la maggior parte di avere ricevuto informazioni sul fenomeno degli abusi sulle donne attraverso Internet, film o giornali. Meno della metà degli infermieri intervistati aveva ricevuto informazioni sul problema durante il percorso di formazione infermieristica (Vijayalakshmi et al., 2021). Questo aspetto è in linea con quanto emerso dalla ricerca condotta da Motta et al., in cui uno dei partecipanti ha riferito di aver ottenuto le proprie conoscenze sul tema principalmente dai mezzi di comunicazione, una situazione che desta preoccupazione (Ribeiro Mota et al., 2020). In uno studio condotto in Arabia Saudita il 63% degli infermieri non aveva mai ricevuto un training sul tema della violenza domestica e mediamente le ore di formazione sull'intero campione erano inferiori ad una (Alhalal, 2020). Nel contesto etiope, la percentuale di infermieri formati sul tema della violenza era ancora più esigua (13%) e circa la metà degli operatori si sentiva impreparata a gestire queste situazioni (Belay et al., 2022).



Il fattore età è correlato al livello di formazione e di conoscenze possedute in quasi tutti i setting di studio. L'età era associata positivamente alla preparazione ($r=0,22$, $p>0,01$), alla conoscenza ($r=0,21$, $p<0,01$) e agli atteggiamenti ($r=0,13$, $p=0,03$) nel campione di infermieri australiani e britannici, così come nel campione etiope, in cui la conoscenza del fenomeno era maggiore negli infermieri tra i 31 e i 45 anni, rispetto ai più giovani (20-30 anni, $p=0,03$) (Ali et al., 2022; Belay et al., 2022). Lo stesso fenomeno è emerso in un campione saudita, in cui sono state rilevate relazioni positive tra l'età degli infermieri e le loro conoscenze e atteggiamenti effettivi (Alhalal, 2020).

Bradbury-Jones et al., dai risultati del loro studio riportano che, mentre gli infermieri sembrano possedere una comprensione teorica solida della situazione, hanno una difficoltà a trasferire nella pratica questa conoscenza posseduta (Bradbury-Jones et al., 2017; Poreddi et al., 2020).

Nello studio svolto da Fisher, effettuato nel 2020, tra le domande poste ai soggetti intervistati per valutare la loro preparazione, è stato chiesto quale approccio ritengano adeguato da adottare quando una donna, riferisce di essere una vittima di violenza (Fisher et al., 2020). Circa un terzo dei partecipanti ha ammesso di non sapere come rispondere in situazioni simili e la metà dei partecipanti ha segnalato di avere una conoscenza limitata sull'approccio adeguato in tali situazioni. Solo il 15% dei partecipanti si è sentito sicuro di sapere come agire in queste circostanze (Fisher et al., 2020).

In un grande ospedale di terzo livello australiano, il personale infermieristico delle unità operative di degenza per acuti, ha evidenziato una difficoltà nell'indagare un sospetto di violenza in quanto non sapeva cosa fare o dire (75 partecipanti su 141) (Withiel et al., 2022); anche in altri studi è riportato che gli infermieri non sanno cosa o come indagare sugli abusi o come rispondere al disvelamento (Downie et al., 2019; Fisher et al., 2020) e che gli infermieri di area psichiatrica hanno difficoltà a intraprendere una conversazione sul tema con le donne e, pertanto, talvolta scelgono di mantenere il silenzio (Poreddi et al., 2020; Ribeiro Mota et al., 2020).

Ci sono diverse motivazioni che possono sottostare a questo fenomeno. Ad esempio, in alcuni casi, gli infermieri possono sospettare una violenza ma mancano di motivazione a identificarla come tale, perché ciò innescerebbe una cascata di emozioni, oltre che richiedere attività e interventi da svolgere (Bradbury-Jones et al., 2014). Questo aspetto assume una maggiore importanza soprattutto nel caso in cui l'infermiere abbia esperienze personali di violenza, perché subita direttamente o indirettamente (ad esempio, se la vittima è un familiare o un amico) (Heikel et al., 2023; Qasem et al., 2013). La storia personale di violenza può far sì che gli infermieri vivano emozioni di paura e angoscia generati dalla rivelazione della violenza da parte della donna (Heikel et al., 2023).

Gli infermieri possono anche avere timore di provare emozioni che non sono in grado di gestire (Poreddi et al., 2020): di fronte al disvelamento, possono temere di provare sentimenti di impotenza o di perdita di controllo sulla situazione (Qasem et al., 2013), oppure sentirsi a disagio o insicuri rispetto alla propria capacità di gestione (Törnkvist et al., 2018) e, di conseguenza, provare senso di colpa per non essere in grado di aiutare le donne (Poreddi et al., 2020). Sono inoltre preoccupati del fatto che porre domande possa risultare offensivo per la donna (Alhalal, 2020; Downie et al., 2019; Heikel et al., 2023; Qasem et al., 2013; Withiel et al., 2022) o possa peggiorarne la condizione (Downie et al., 2019; Törnkvist et al., 2018). Gli infermieri inoltre hanno paura che indagare il sospetto di violenza possa incrinare il rapporto di fiducia instaurato con la donna (Alhalal, 2020; Withiel et al., 2022) o possa creare un trauma secondario nel momento in cui viene posta una domanda sulla violenza (Poreddi et al., 2020). Talvolta, la decisione di non affrontare questo argomento può derivare dalla paura di trovarsi coinvolti in complesse questioni legali (Belay et al., 2022); un'altra motivazione emersa nello studio di Motta et al., è legata alla paura di diventare un obiettivo dell'autore della violenza, che può portare l'infermiere a scegliere di evitare di toccare questo tema (Ribeiro Mota et al., 2020).

Un altro preconcetto che gli infermieri possono avere nell'indagare l'abuso è legato al pensiero che affrontare la violenza costituisca un'intrusione nella privacy di una famiglia (Belay et al., 2022), in quanto percepiscono la violenza come una questione più familiare e privata che di salute (Qasem et al., 2013; Törnkvist et al., 2018). Se la violenza non è vista come un problema clinico, non può essere percepita come una questione di responsabilità infermieristica, ma più come una questione sociale (Withiel et al., 2022), che, secondo alcuni infermieri, non è inclusa nelle attività dell'infermiere ma di quelle dell'assistente sociale (Poreddi et al., 2020). Il 62% degli infermieri di area ortopedica in uno studio multicentrico condotto nel Regno Unito, ha riferito di chiedere alle donne se le loro fratture fossero correlate a una violenza domestica solo se lo sospettavano dalla storia e di questi il 41% (10% del campione totale) riteneva che porre queste domande non fosse di sua competenza (Downie et al., 2019). Anche in uno studio condotto in Arabia Saudita emerge che pochissimi infermieri credono di avere la responsabilità di indagare la violenza domestica (Alhalal, 2020). Contrariamente a quanto finora riportato, da una survey effettuata è emerso che molti tra gli infermieri australiani e britannici intervistati ritengono che gli infermieri abbiano la responsabilità di fare domande sulle possibili violenze domestiche a tutte le persone di cui si prendono cura e

avevano la consapevolezza di poter agire ed intervenire anche se la donna non riconosceva la situazione d'abuso (Ali et al., 2022).

Ulteriori barriere sono le differenze di cultura, etnia o età e la mancanza di fluidità di espressione dell'infermiere nella lingua madre delle donne, qualora sia diversa dalla loro (Fisher et al., 2020). Le differenze culturali possono rappresentare un ostacolo significativo quando si tratta di donne vittime di violenza, perché influiscono notevolmente su come queste donne percepiscono, affrontano e segnalano la violenza, oltre a influenzare le risposte e gli interventi degli operatori sanitari e delle istituzioni (Alotaby et al., 2013; Qasem et al., 2013). In molte culture, ad esempio, il silenzio e la vergogna legati alla violenza domestica possono essere particolarmente pronunciati, rendendo difficile per le vittime parlare delle loro esperienze o cercare aiuto. Inoltre, le diverse interpretazioni culturali della violenza, della sottomissione e dei diritti delle donne possono rendere più complicata la definizione stessa di cosa costituisca la violenza di genere. Lo studio di Heikel et al., ha messo in luce l'importanza del riconoscimento del fatto che nessun individuo è immune o esente da qualsiasi forma di violenza, indipendentemente dalla loro identità o origine. La violenza di genere può colpire chiunque (Heikel et al., 2023).

Un ulteriore ostacolo è rappresentato dall'assenza di linee guida specifiche e di procedure operative standard per i contesti di degenza che non agevola la valutazione della violenza (Poreddi et al., 2020). In uno studio saudita è emerso che il 63,2% degli infermieri afferenti a diverse aree cliniche non era a conoscenza dell'esistenza di un protocollo per affrontare la violenza da partner intimo nel proprio ospedale, né delle politiche della propria istituzione per la valutazione e la gestione della stessa (Alhalal, 2020). Circa un terzo dei partecipanti a uno studio australiano ha riferito di non sapere cosa fare di fronte a un disvelamento: molti si sarebbero rivolti all'assistente sociale o al medico curante e avrebbero ottenuto il consenso della donna, assicurando la riservatezza di quanto riferito, prima di intervenire condividendo i contenuti del disvelamento (Fisher et al., 2020).

RELAZIONE E COMUNICAZIONE

La letteratura indica che è più probabile che il disvelamento avvenga se alle donne vengono poste domande dirette e ripetute sugli abusi (Bradbury-Jones et al., 2014).

È fondamentale che l'infermiere nella relazione con la donna che si sospetta o che riferisce di avere subito violenza si ponga come catalizzatore del percorso di riflessione della donna stessa sulle proprie esperienze, sostenendola nel processo che porta a definire e nominare le esperienze come abusive (Bradbury-Jones et al., 2017, 2014).

All'interno del processo di assistenza indirizzata alle donne vittime di violenza, è emerso che gli infermieri hanno identificato il ruolo cruciale del rapporto instaurato con le assistite. Questo legame si è dimostrato essere un fattore chiave che favorisce e incentiva la divulgazione di informazioni rilevanti e la disponibilità delle donne coinvolte a esporre la propria situazione (Ribeiro Mota et al., 2020).

Un aspetto interessante da notare è che le donne, sebbene non siano inclini a rivelare la loro situazione e non lo rivelino spontaneamente, vogliono che la questione relativa alla violenza sia sollevata (Alotaby et al., 2013; Bradbury-Jones et al., 2017; Downie et al., 2019; Taylor et al., 2013), attribuendo agli operatori sanitari la responsabilità di chiedere informazioni sugli abusi, perché questo aiuta nel processo di denominazione (Bradbury-Jones et al., 2014), e chiedendo che gli operatori stessi si pongano come soggetti proattivi nel porre domande sugli abusi (Alotaby et al., 2013).

Bradbury-Jones et al., in uno studio del 2014, riportavano che le donne che avevano sperimentato violenza da partner intimo erano critiche nei confronti della riluttanza di alcuni professionisti sanitari nel parlare della violenza (Bradbury-Jones et al., 2014) ed esprimevano rabbia nei confronti delle infermiere che, evitando di parlarne, non erano state in grado di offrire opportunità per la divulgazione (Bradbury-Jones et al., 2017). Questo atteggiamento crea l'impressione che la violenza sia un tabù, mentre chiedere informazioni dà alle donne l'impressione che sia un argomento di cui si può parlare in modo aperto e sicuro, creando così opportunità per la divulgazione (Bradbury-Jones et al., 2017).

Difatti, da uno studio britannico emerge che il 36% del personale infermieristico di area ortopedica ha precedentemente assistito a una divulgazione della violenza domestica da parte di una donna durante l'assistenza, il che suggerisce che le donne sono potenzialmente disposte a confidare quanto accaduto al personale sanitario nei contesti di traumatologia ortopedica (Downie et al., 2019).

Per facilitare il processo di disvelamento è importante mantenere un atteggiamento non giudicante (Fisher et al., 2020; Heikel et al., 2023), riconoscendo la difficoltà nella divulgazione, e utilizzare una comunicazione culturalmente sensibile (Heikel et al., 2023).

Nell'approccio alle situazioni di violenza sulle donne in un contesto clinico di degenza, è fondamentale essere consapevoli della presenza degli stereotipi e pregiudizi di matrice educativa, culturale e religiosa che sono diffusi

anche all'interno del personale sanitario e possono influenzare l'agire e il comportamento professionale (Alotaby et al., 2013; Qasem et al., 2013).

Uno degli stereotipi prevalenti, ad esempio, è che la violenza da partner intimo accada solo a certi "tipi" di persone (Bradbury-Jones et al., 2017), come coloro che hanno fatto qualcosa per provocare l'abuso o nelle popolazioni a basso reddito (Heikel et al., 2023).

Uno studio etiope ha fatto emergere che circa il 15% degli infermieri intervistati ritiene che la violenza non si verifichi a meno che la donna non abbia fatto qualcosa per indurre l'autore del reato ad abusare di lei e circa un terzo ritiene che la violenza sia legata solo ad alcuni contesti e gruppi socio-economici (Belay et al., 2022), mentre altri studi hanno sottolineato come talvolta i professionisti sanitari credano che le donne siano corresponsabili degli abusi subiti (Di Giacomo et al., 2017; Taylor et al., 2013).

Gli stereotipi costituiscono un elemento critico, non solo per la stigmatizzazione e il biasimo che possono generare nei confronti della donna abusata, ma anche perché gli infermieri con questi preconcetti possono indagare il sospetto di violenza da parte del partner intimo solo nelle donne che si adattano al loro stereotipo (Alotaby et al., 2013; Bradbury-Jones et al., 2017) e questo può generare errori nel giudizio clinico nei casi di violenza domestica (Alotaby et al., 2013).

Lo studio condotto da Ali et al., invece, ha fatto emergere che gli infermieri, seppur consapevoli che l'abuso di alcol e droghe potesse essere un fattore correlato alle violenze domestiche, non condividevano l'affermazione secondo cui le donne che abusano di alcol/stupefacenti abbiano maggiore probabilità di avere una storia di violenza domestica (Ali et al., 2022).

Nella relazione tra infermieri e donne, è essenziale instaurare un equilibrio di potere condiviso; parte delle decisioni devono essere condivise con la donna, permettendole di agire in autonomia e di avere il controllo sulle scelte. L'empowerment, dal punto di vista della donna, si concentra sulla possibilità di prendere decisioni in autonomia (Bradbury-Jones et al., 2017).

Le donne desiderano avere la possibilità di progredire a proprio ritmo, senza sentirsi obbligate a rivelare dettagli sulla violenza, porre fine alla relazione violenta o denunciarne l'autore (Alotaby et al., 2013). Risulta essenziale rispettare la volontà della donna, poiché costringerla a rivelare potrebbe rappresentare una violazione dell'integrità individuale, equiparabile a una forma di abuso psicologico (Bradbury-Jones et al., 2014).

Nello studio effettuato da Heikel et al., raccomandano di essere coerenti con il linguaggio per facilitare la comunicazione e stabilire un rapporto di fiducia con la persona. Può essere utile usare frasi che inquadrino la situazione di violenza e facciano percepire alla donna che le domande poste rientrino nella pratica di routine e non in un intervento mirato all'indagine sulla violenza. L'esempio proposto dagli autori è una frase come "dato che la violenza domestica è così comune e può avere un impatto devastante sull'individuo, faccio queste domande a tutte le mie assistite". Un ulteriore consiglio proposto dagli stessi autori è di simulare il dialogo con i colleghi, esercitandosi a dire le frasi ad alta voce per aumentare il proprio comfort e la propria sicurezza nel sostenere la conversazione con la donna, incoraggiando i colleghi a fare lo stesso (Heikel et al., 2023).

Da due studi australiani, sono emerse alcune strategie che gli infermieri di area clinica per acuti utilizzano per instaurare il dialogo. Gli operatori hanno riferito di prediligere un colloquio aperto, non strutturato (Fisher et al., 2020). Diversi infermieri, ad esempio, indagano la violenza domestica facendo domande generiche, chiedendo alla donna come va a casa e se si senta al sicuro e supportata (Fisher et al., 2020; Withiel et al., 2022). Consigliano un approccio aperto, caratterizzato da un ascolto attivo, senza dare troppe informazioni e soprattutto senza fare promesse che vadano oltre i propri confini professionali (Withiel et al., 2022). Un ulteriore consiglio che emerge è relativo al modo di porre domande. È fondamentale porre domande con un tono che non risulti minaccioso o accusatore (Fisher et al., 2020).



Un'infermiera riferisce di utilizzare domande aperte, che facilitino il dialogo e permettano lo sviluppo di un rapporto, e soprattutto consentano alla donna di sentire di avere il controllo sulla propria situazione, di sentirsi a proprio agio nel momento in cui può scegliere se e quanto approfondire la descrizione della violenza che sta vivendo (Fisher et al., 2020; Withiel et al., 2022).

AMBIENTE

Per meglio affrontare la fase di disvelamento della violenza, l'ambiente e gli elementi di contesto che fungono da teatro al disvelamento risultano essere fondamentali. La letteratura sottolinea il ruolo che gli operatori sanitari svolgono nella creazione di un ambiente favorevole e sicuro in cui il tema della violenza può essere discusso apertamente (Bradbury-Jones et al., 2014). Ci devono essere un tempo e un luogo sicuri per permettere la divulgazione di quanto accaduto (Bradbury-Jones et al., 2017).

Idealmente, è meglio utilizzare un ambiente privato, tranquillo, privo di interruzioni e sicuro quando si inizia una conversazione sulla violenza con un'assistita (Heikel et al., 2023). Non sempre questo è possibile e negli attuali ambienti di lavoro non sempre individuare uno spazio con queste caratteristiche è possibile in tutti i contesti (Heikel et al., 2023), anche se nella survey che ha coinvolto infermieri australiani e britannici è emerso che nella maggior parte dei contesti in cui svolgono la loro attività sono presenti spazi adeguati per affrontare l'argomento e sostenere le donne (Ali et al., 2022).

Qualora ambienti con queste caratteristiche non fossero presenti, è però possibile prevedere degli spazi e dei momenti in cui iniziare la conversazione con la donna, ad esempio quando l'abusante, se presente, è lontano dalla stanza o approfittare delle occasioni assistenziali in cui la donna è in un rapporto 1:1 con l'infermiere, come durante l'erogazione delle cure igieniche o l'assistenza nell'uso dei servizi igienici o durante i trasporti verso i servizi di radiologia e imaging diagnostico (Heikel et al., 2023; Withiel et al., 2022).

Affrontare la conversazione in questi momenti permette non solo di avere uno spazio privato, ma anche di "normalizzare" il tema, come se fosse una normale prassi assistenziale.

A seguito del disvelamento, è sicuramente necessario tutelare la donna, assicurandosi che sia collocata in un'area del reparto che sia sicura e su cui il personale possa operare una vigilanza continua, imponendo limiti alle visite e assicurandosi che tutti i visitatori incontrino il personale infermieristico prima di entrare nella stanza (Withiel et al., 2022).

La questione del "luogo sicuro" non è esclusiva delle donne ma anche del personale sanitario. Per gli infermieri la sicurezza in senso fisico è importante, seguendo pratiche che li tutelino anche dal punto di vista legale, ma c'è un elemento fondamentale da considerare, che è la sicurezza emotiva. Affrontare la questione della violenza è associato ad un importante lavoro emotivo. Se le conseguenze emotive di questo lavoro non vengono mitigate, il benessere e la capacità di un professionista di lavorare in modo efficace saranno influenzati. Prima di sostenere e garantire la sicurezza delle donne abusate, gli infermieri devono quindi mantenersi al sicuro emotivamente. La gestione del trauma vicario può avvenire attraverso una supervisione e un supporto fra pari (Bradbury-Jones et al., 2017).

Il tempo è un fattore che svolge un ruolo fondamentale. Lo sviluppo dell'autonomia da parte della donna nel superamento della situazione di violenza richiede tempo, oltre che abilità relazionali (Bradbury-Jones et al., 2017). Se è vero che gli operatori sanitari hanno la responsabilità di valutare il rischio di violenza, le donne hanno necessità di essere pronte e preparate al disvelamento (Taylor et al., 2013). Il momento per incoraggiare il disvelamento della violenza deve essere quello giusto, sia per l'operatore che per la donna. La consapevolezza forzata, intesa come esposizione della donna alla verità sulla violenza, equivale a uno "stupro psicologico" (Bradbury-Jones et al., 2014). La consapevolezza è infatti costituita dalla coscienza della presenza di una situazione abusiva, ma anche dal riconoscimento, inteso come denominazione della situazione come abusiva. La donna può quindi essere cosciente di essere vittima di violenza, ma non ancora pronta a definirla come tale (Bradbury-Jones et al., 2014). Inoltre, è importante lasciare alla donna il tempo adeguato per affrontare il processo di disvelamento: dalla letteratura emerge che le donne chiedono di poter progredire al loro ritmo, senza sentirsi sotto pressione per rivelare i contenuti della violenza, interrompere la relazione con l'abusante o esporre denuncia (Alotaby et al., 2013).

Nel lavoro quotidiano degli infermieri, il tempo diventa un elemento critico e cruciale, segnalato in molti documenti (Alhalal, 2020; Ali et al., 2022; Alotaby et al., 2013; Belay et al., 2022; Heikel et al., 2023; Poreddi et al., 2020; Withiel et al., 2022). In letteratura è segnalato come il personale infermieristico spesso riconosca di non avere abbastanza tempo per sostenere la donna, per esaminare la situazione e creare un rapporto con la stessa. Questo ha generato difficoltà di comunicazione (Heikel et al., 2023).

Ali et al., ad esempio, riferiscono che i partecipanti al loro studio erano concordi nel dire che il loro contesto lavora-

tivo non permetteva loro di avere un tempo adeguato da dedicare al fornire una risposta alle esigenze delle donne vittime di violenza domestica (Ali et al., 2022). Nel campione di Belay et al, questa mancanza di tempo per discutere della violenza era riferita da circa la metà degli infermieri coinvolti (Belay et al., 2022), mentre in Kuwait tempo e carico di lavoro sono stati segnalati come ostacoli addirittura dal 91,4% degli infermieri (Alotaby et al., 2013). In uno studio indiano, è emerso come la carenza di personale induca inevitabilmente una carenza di tempo da dedicare allo screening sulla violenza, percepito come un aumento del carico di lavoro (Poreddi et al., 2020). Al contrario, nello studio saudita, circa la metà degli infermieri riferisce di non essere d'accordo sul fatto che non c'è tempo a sufficienza per supportare le vittime di violenza da partner intimo o che siano troppo occupati per essere coinvolti in team multidisciplinari per affrontare il tema (Alhalal, 2020). Anche in Australia, quasi la metà degli infermieri di area clinica riferiva che una delle barriere nell'analisi della situazione di violenza fossero i limiti di tempo quando si interagisce con la persona (Withiel et al., 2022). Dedicare tempo per affrontare la questione della violenza, richiede un'interruzione di altre attività cliniche (Heikel et al., 2023). Un intervistato nello studio australiano ha infatti riportato: "Affrontare un argomento così emotivamente impegnativo richiede un elevato grado di compassione, pazienza e comprensione. Così il tempo è un fattore enorme: sarebbe inappropriato interrompere il colloquio con la donna su un argomento del genere, solo per doversi scusare e andare a rispondere a un campanello" (Withiel et al., 2022). Questo sottolinea ulteriormente come sia necessario individuare un tempo dedicato, privo di interruzioni o interferenze, per affrontare la tematica delicata della violenza; il "tempo giusto" non è quindi solo quello della donna ma anche quello dell'operatore, inserito nel contesto dell'organizzazione in cui opera (Heikel et al., 2023).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati della revisione della letteratura hanno rivelato una sfida significativa nell'ambito dell'assistenza infermieristica alle donne vittime di violenza in cui il disvelamento avviene in aree di degenza.

Dai risultati emerge che le donne desiderano che gli operatori sanitari pongano domande sulla violenza (Alotaby et al., 2013; Baird, 2015; Bradbury-Jones et al., 2017; Downie et al., 2019; Taylor et al., 2013). Tale desiderio rappresenta un passo importante verso una maggiore consapevolezza e presa in carico di questa problematica. La forma in cui le domande vengono poste, gioca un ruolo cruciale nel determinare la rivelazione da parte della donna della situazione di violenza (Baird, 2015). Questo richiama l'attenzione sull'importanza dell'empatia e della comunicazione efficace da parte degli operatori sanitari. La violenza di genere è spesso avvolta da segreti e tabù e un approccio giudicante o minaccioso può indurre le vittime a restare in silenzio. Al contrario, domande poste con sensibilità e comprensione possono essere una via per abbattere queste barriere e incoraggiare le donne a condividere le proprie esperienze.

La normalizzazione delle domande sull'abuso come parte della routine dell'assistenza sanitaria è un altro aspetto importante (Fisher et al., 2020; Heikel et al., 2023; Withiel et al., 2022). Questo può contribuire a rimuovere il senso di vergogna o colpa che molte vittime di violenza possono provare. Quando le domande sull'abuso sono considerate una pratica normale, le donne sono più propense a rivelare la loro situazione, permettendo agli operatori sanitari di fornire il supporto necessario. È inoltre fondamentale porre attenzione al creare un ambiente empatico e di supporto all'interno del settore sanitario, in modo che le donne si sentano a loro agio nel rivelare situazioni di violenza.

L'intervento infermieristico scelto deve tenere conto del particolare momento in cui la donna si trova. Il disvelamento è parte di un processo di cambiamento di cui la donna deve essere protagonista. Nei casi in cui la donna si trova nella fase di precontemplazione, gli infermieri possono svolgere un ruolo nel facilitare l'acquisizione della consapevolezza riguardo all'abuso, fornendo informazioni sui possibili impatti sulla salute derivanti dalla violenza (Alhalal, 2020). Il riconoscimento del "momento giusto" nell'articolazione del processo di disvelamento deve tenere conto di una serie di condizioni, che vengono ben descritte in letteratura attraverso l'utilizzo dello schema AWARE (abused women, awareness, recognition and empowerment framework), che può supportare l'operatore nella scelta dell'intervento. Lo schema si basa sulla finestra di Johari e vede 4 possibili scenari: il quadrante 1, l'area aperta, indica la situazione in cui l'operatore sanitario e la donna riconoscono la natura e l'esistenza dell'abuso domestico; il quadrante 2, l'area chiusa, è la condizione in cui il professionista sanitario riconosce gli abusi domestici, ma la donna no; il quadrante 3, l'area nascosta, indica la situazione in cui la donna riconosce la natura e l'esistenza dell'abuso domestico, ma il professionista sanitario non ne è a conoscenza e il quadrante 4, l'area sconosciuta, vede la situazione in cui né la donna né l'operatore sono consapevoli della violenza (Bradbury-Jones et al., 2014). Secondo gli autori, diverse sono le modalità di intervento a seconda dell'area in cui ci troviamo: l'area chiusa (dove una donna non ha consapevolezza) ha il potenziale per essere ridotta attraverso le domande degli operatori sanitari sugli abusi e, analogamente, l'area nascosta (dove l'operatore sanitario manca di consapevolezza) può essere

ridotta attraverso la disponibilità della donna a rivelarsi. L'apertura che ne risulta crea un ambiente in cui una donna può avere la possibilità di riconoscere e identificare gli abusi domestici e quindi valutare le sue opportunità in termini di sicurezza e di provvedimenti da prendere (Bradbury-Jones et al., 2014).

Il ruolo degli infermieri nell'identificare e rispondere alla violenza è di fondamentale importanza, poiché spesso sono i primi operatori sanitari con cui le donne abusate entrano in contatto. (Poreddi et al., 2020) L'infermiere, oltre a rappresentare la figura professionale che frequentemente interagisce per prima con la donna, ha anche un dovere deontologico nell'attivarsi affinché ci sia un rapido intervento a tutela dell'interessata (come riportato nel Codice Deontologico all'articolo 23), e pertanto non può delegare ad altre figure socio-sanitarie la presa in carico della donna. Tuttavia, dai dati analizzati emerge una carenza di formazione tra gli infermieri, che li rende spesso impreparati a riconoscere adeguatamente e affrontare in modo efficace la violenza (Poreddi et al., 2020; Withiel et al., 2022).

L'infermiere delle aree di degenza risulta spesso meno formato dell'infermiere di Pronto Soccorso. La letteratura indica che la formazione erogata per un operatore che lavora in un contesto di Emergenza-Urgenza, potrebbe non essere adeguata per chi opera in contesto di degenza e, pertanto, la formazione dovrebbe essere adattata alle competenze specifiche del personale che assiste le donne nei reparti di degenza ordinaria (Withiel et al., 2022). Nel caso dei reparti di degenza, l'assenza di linee guida e l'impreparazione degli infermieri nell'affrontare casi di violenza, potrebbe essere attribuita, almeno in parte, alla minore probabilità di incontrare situazioni di violenza rispetto al Pronto Soccorso (Withiel et al., 2022). Dalla letteratura emerge che l'esperienza clinica è un fattore che facilita la presa in carico della vittima di violenza. Gli operatori di Pronto Soccorso hanno un'esperienza nel campo legata alla possibilità di incontrare più frequentemente donne in questa situazione. La mancanza di esperienza nella gestione delle donne vittime di violenza può quindi derivare dalla scarsa esposizione a questi casi. Questa situazione mette in luce l'importanza di affrontare la questione della formazione in modo completo, adattando le linee guida e i programmi di formazione alle esigenze specifiche dei contesti di degenza. In Italia, molto è stato fatto per la presa in carico delle donne vittime di violenza nei Pronto Soccorso e nei servizi di Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, ma il disvelamento che avviene in unità operative di degenza è ancora poco supportato dai protocolli. È fondamentale sensibilizzare il personale sanitario e garantire che gli infermieri in tutte le aree cliniche siano preparati a riconoscere e gestire la violenza, anche se le opportunità di incontro con casi di violenza sono meno frequenti. In questo modo, si può contribuire a migliorare la capacità di risposta a situazioni di violenza in tutto il settore sanitario.

Dalla letteratura emerge che in molti casi, anche se gli aspetti teorici relativi alla violenza sono noti al personale infermieristico, permane una difficoltà a tradurre nella pratica clinica il contenuto teorico (Bradbury-Jones et al., 2017; Poreddi et al., 2020). Questo induce a pensare che il problema non sia solo legato al "sapere", quanto piuttosto al "saper fare" e al "saper essere" nelle situazioni complesse e che pertanto non siano sufficienti le sole lezioni teoriche orientate alla definizione di cosa sia la violenza, a come essa si manifesti o a quali possano essere gli indicatori della stessa, ma la formazione dovrebbe concentrarsi sull'acquisizione delle competenze necessarie per gestire le situazioni di violenza in modo efficace e sul fornire gli strumenti che possano rafforzare la sicurezza dei professionisti nella propria capacità di affrontare la questione (Ali et al., 2022; Di Giacomo et al., 2017). A questo scopo, potrebbero essere utili, ad esempio, gli scenari di simulazione. Confrontarsi con uno scenario di disvelamento in simulazione, permette infatti di confrontarsi con le proprie emozioni, riflettere sulle stesse, rielaborare l'esperienza in un contesto protetto, per poi applicare l'agire in un setting reale (Baird et al., 2018).

Per affrontare adeguatamente la violenza sono stati proposti degli interventi formativi che prevedono un approccio che include lezioni informative, attività di gruppo per la discussione e la condivisione di esperienze, utilizzo di video per illustrare casi reali, role-playing per sviluppare empatia e comprensione, analisi di casi di studio per esaminare dinamiche specifiche, quiz per sfatare miti e atteggiamenti stereotipati (Baird et al., 2018).

Rispetto agli stereotipi, dalla letteratura è emerso che all'interno dei contesti clinici stereotipi e pregiudizi sono largamente diffusi. Questi preconcetti possono avere un impatto significativo sul comportamento e sulle azioni professionali degli infermieri, poiché questi tendono a percepire la violenza contro le donne come un problema relativo alla sfera sociale o familiare piuttosto che a quella clinica e che quindi la presa in carico in caso di violenza esuli dalla competenza infermieristica (Alhalal, 2020). Questo atteggiamento riflette il modello biomedico ancora predominante in sanità, che non considera la violenza di genere come un problema clinico, ma si concentra piuttosto sul trattamento della salute fisica delle donne, ignorando le ragioni primarie che hanno portato o potrebbero determinare un problema di salute (Alhalal, 2020). Negli ultimi anni ci si sta concentrando sempre di più su un modello di assistenza di tipo olistico, che prevede quindi non solo l'attenzione alle problematiche di salute fisica o biologica, ma anche gli aspetti psico-sociali. È dunque fondamentale prevedere un'assistenza alla donna

vittima di violenza orientata al modello bio-psico-sociale, abbandonando definitivamente la visione strettamente biomedica dell'assistenza.

La formazione dovrebbe includere anche l'aspetto dell'educazione al lavoro in team multidisciplinare. L'assistenza alle donne vittime di violenza prevede infatti la collaborazione fra più figure professionali, fra i quali medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali. Il lavoro di squadra non è solo un elemento di supporto per l'assistenza alle donne ma entra in gioco anche quando gli infermieri si trovano ad affrontare il trauma vicario. Dato che il carico emotivo derivante dalla gestione di vittime di violenza può essere gravoso, è importante che gli infermieri cerchino e possano trovare supporto professionale quando incontrano e prendono in carico donne vittime di violenza (Törnkvist et al., 2018). Il supporto professionale da parte di psicoterapeuti facilita la presa in carico e l'assistenza infermieristica per queste donne (Törnkvist et al., 2018). La condivisione di esperienze e la discussione aperta con altri membri del team possono contribuire a elaborare le emozioni legate al trauma vicario. Il lavoro multidisciplinare implica anche la gestione delle emozioni personali. Gli infermieri devono diventare consapevoli delle proprie reazioni emotive e di come queste possono influenzare la loro relazione con le vittime di violenza. La consapevolezza consente loro di rimanere neutrali e di accogliere le esperienze delle persone in modo empatico, evitando di far prevalere le proprie emozioni sulla necessità di fornire assistenza adeguata. Un ulteriore elemento può derivare dal supporto fra pari, fondato sulla comunicazione aperta riguardo all'assistenza alla donna vittima di violenza. Questo comporta la creazione di un ambiente di lavoro in cui ci si sente a proprio agio nell'affrontare la questione della violenza con i colleghi e nel farlo regolarmente. Questo tipo di supporto professionale comprende il reciproco sostegno tra colleghi e la possibilità di ricevere supervisione professionale, quando necessario (Törnkvist et al., 2018).

Un elemento che è emerso come cruciale nell'affrontare con la donna il disvelamento della violenza è legato al tempo a disposizione del professionista. Molti infermieri hanno indicato che il tempo spesso non sia sufficiente per instaurare una relazione con la donna, così profonda da aprire al disvelamento, in quanto le attività cliniche di routine sono predominanti. Tuttavia, è bene tenere in considerazione quanto riportato anche nel Codice Deontologico dell'Infermiere, al capo I, articolo 4: "Il tempo di cura è tempo di relazione" (Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche, 2025). È dunque fondamentale riscoprire il tempo di relazione come tempo dedicato alla cura e alla presa in carico delle donne che, esposte a situazioni di violenza, risultano in particolari condizioni di fragilità.

Un ulteriore elemento critico emerso è la diffusione dei protocolli e delle politiche aziendali in merito all'assistenza alle donne vittime di violenza anche nelle aree esterne al Dipartimento di emergenza-urgenza (Alhalal, 2020; Fisher et al., 2020; Poreddi et al., 2020): è fondamentale quindi che i protocolli siano diffusi, conosciuti e adattati alle diverse realtà cliniche, per poter facilitare da parte dei professionisti una presa in carico efficace della donna prima, durante e dopo il disvelamento.

Al fine di affrontare la complessità assistenziale delle donne vittime di violenza in Inghilterra, è stata introdotta una figura infermieristica specializzata chiamata SANE (Sexual Assault Nurse Examiner), ovvero Infermiere Esaminatore dell'Aggressione Sessuale. Questi professionisti ricevono una formazione altamente specifica per gestire aspetti medici, legali e forensi legati alle vittime di violenza sessuale. Il loro ruolo implica la raccolta e la conservazione di prove forensi, l'interpretazione dei risultati delle analisi, la cura delle lesioni subite dalle vittime e l'applicazione di misure preventive contro gravidanze indesiderate o infezioni sessualmente trasmissibili (Murisasco et al., 1975). Questo approccio professionale è stato adottato per garantire una risposta completa alle vittime di aggressione sessuale, con un focus specifico sulla loro salute fisica, sull'assistenza legale e sulla possibilità di raccogliere prove forensi valide per scopi giuridici. I SANE svolgono un ruolo essenziale nel migliorare la qualità dell'assistenza fornita alle vittime di violenza sessuale, garantendo loro un trattamento professionale e rispettoso durante un periodo estremamente delicato delle loro vite (Murisasco et al., 1975). Sebbene la figura operi prevalentemente nei contesti di Emergenza-Urgenza, potrebbe essere sicuramente di supporto anche nei contesti di degenza, tramite un lavoro in rete, in quanto potrebbe essere allertata nel momento in cui si dovesse assistere a un disvelamento all'interno di un'area di degenza ordinaria, oppure potrebbe rappresentare un valido supporto nella diffusione di conoscenze e competenze attraverso interventi di formazione fra pari.

Nel complesso, sulla base delle evidenze emerse con la revisione della letteratura, risulta ancora molto complesso fornire indicazioni rispetto alla migliore modalità di approccio e di gestione del disvelamento da parte di una donna vittima di violenza nel contesto delle unità operative di degenza degli ospedali italiani. Difatti, un limite della revisione è relativo al fatto che gli studi inclusi non sono stati condotti in territorio italiano, sebbene siano provenienti da molte aree geografiche differenti con fattori socioculturali e sistemi sanitari diversi, pur presentando esiti simili e uniformi nei contenuti. Un secondo limite riguarda il contenuto della letteratura esaminata: molti

documenti sottolineano le sfide legate alla formazione e ad altri ostacoli o barriere al disvelamento in ambito clinico, ma solo pochi di essi forniscono indicazioni concrete sulle tecniche da adottare per migliorare la gestione delle vittime di violenza. L'assenza di procedure e di strumenti standardizzati specifici per la gestione e l'identificazione delle donne vittime di violenza in degenza, rende complesso definire un atteggiamento adeguato da parte degli operatori sanitari. Questa carenza pone l'accento sulla necessità di ulteriori studi che offrano dettagli pratici per affrontare questa problematica, valutando interventi specifici a supporto del disvelamento e, in un secondo momento, la formulazione di vademecum e consigli precisi per supportare il personale infermieristico che opera nei reparti di degenza, tenendo conto delle differenze nel contesto operativo rispetto all'area di Emergenza-Urgenza. Nel contesto delle applicazioni pratiche emergono alcune prospettive interessanti per affrontare le sfide connesse all'individuazione e al trattamento della violenza nel contesto sanitario. Un primo aspetto cruciale riguarda la diffusione più ampia dei protocolli con la messa in atto di strategie specifiche per migliorare la diffusione e l'implementazione dei protocolli, affrontando le sfide legate alla comunicazione interna. Gli interventi futuri dovrebbero essere incentrati sulla multidisciplinarietà come punto di forza e non come limite e ostacolo alla presa in carico. Infine, un'ulteriore applicazione pratica potrebbe essere rivolta all'introduzione di scenari di simulazione già durante il percorso di formazione di base per gli infermieri. Questo consentirebbe agli studenti, futuri professionisti, di sviluppare competenze relazionali essenziali, nella gestione dei casi di violenza, garantendo un'assistenza completa ed empatica.

Da questa revisione della letteratura è quindi emerso il ruolo importante dell'infermiere come catalizzatore del disvelamento della violenza: nonostante le sfide complesse che ci si trova ad affrontare nell'assistenza infermieristica alle donne vittime di violenza, un approccio disponibile, orientato all'apertura e al dialogo, oltre che al riconoscimento e alla validazione delle emozioni proprie e della donna, risulta essere il più efficace per poter supportare il disvelamento ed il percorso di uscita dalla violenza.

Figura 1. Flow-chart relativa al processo di selezione della letteratura

