



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO”
CASERTA

Deliberazione del Direttore Generale N. 1109 del 30/10/2024

Proponente: Il Direttore UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Oggetto: PERCORSO PER LA PRIMA ASSISTENZA E REFERTAZIONE PSICOLOGICA IN PRONTO SOCCORSO PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA DOMESTICA E DI GENERE

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 30/10/2024 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE
Angela Anzecchiarico - DIREZIONE SANITARIA
Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Danilo Lisi - UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: PERCORSO PER LA PRIMA ASSISTENZA E REFERTAZIONE PSICOLOGICA IN PRONTO SOCCORSO PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA DOMESTICA E DI GENERE

IL DIRETTORE UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- che la Regione Campania con la Deliberazione n. 624 del 09/10/2018 ha recepito le Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza, denominate «Percorso per le donne che subiscono violenza», di cui al DPCM del 24 novembre 2017, al fine garantire la tempestiva e adeguata presa in carico delle donne vittime di violenza a partire dal triage, fino all'accompagnamento/orientamento ai servizi pubblici e privati presenti sul territorio di riferimento, al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita;
- che il DPCM del 12/01/2017 di determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che all'art. 24 stabilisce che il Servizio Sanitario garantisce, tra l'altro, le prestazioni di "prevenzione, individuazione precoce, e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale";
- che con Delibera della Giunta Regionale n. 47 del 28/01/2020 sono state approvate le linee guida per la prima assistenza e refertazione psicologica nei Pronto Soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere.

Rilevato

che l'osservanza del «Percorso per la prima assistenza e refertazione psicologica in Pronto Soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere» ed il relativo modello di refertazione (Allegato) consentono di garantire un'adeguata assistenza, accompagnamento/orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna che subisce violenza.

Considerato

che questa AORN intende implementare le Linee guida e del referto psicologico previste dal D.G.R.C. n. 47 del 28.01.2020.

Ritenuto

- che è doveroso ed opportuno per l'Azienda Ospedaliera «Sant'Anna e San Sebastiano» di Caserta adottare il «Percorso per la prima assistenza e refertazione psicologica in Pronto Soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere».

Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
“SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO”
CASERTA

Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia.

PROPONE

1. di adottare il “Percorso per la prima assistenza e refertazione psicologica in Pronto Soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere” ed il relativo modello di refertazione (Allegato);
2. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di Legge, nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili delle uu.oo. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione per la conseguente implementazione;
3. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, stante l’urgenza.

**Il Direttore u.o.c. Gestione del Rischio Clinico
Dott. Danilo Lisi**

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Gaetano Gubitosa

individuato con D.G.R.C. n. 465 del 27/07/2023
immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 80 del 31/07/2023

Vista la proposta di Deliberazione che precede a firma del Direttore u.o.c. Gestione del Rischio Clinico Dott. Danilo Lisi;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in modalità telematica (art.6, punto 1, lett e del regolamento aziendale) e sotto riportati

Il Direttore Sanitario	Dr.ssa Angela Anecchiarico	Favorevole
Il Direttore Amministrativo	Avv. Amalia Carrara	Favorevole

DELIBERA

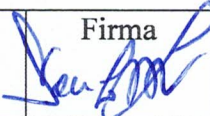
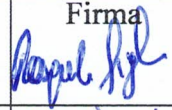
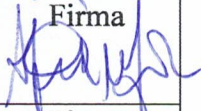


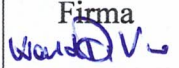



per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

- ADOTTARE** il "Percorso per la prima assistenza e refertazione psicologica in Pronto Soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere" ed il relativo modello di refertazione (Allegato) che, allegati alla presente Delibera, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di Legge, nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili delle uu.oo. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione per la conseguente implementazione;
- RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile, stante l'urgenza

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

Percorso per la prima assistenza e refertazione psicologica in Pronto
Soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere

Redazione	Lisi Danilo	Direttore u.o.c. Gestione del Rischio Clinico	Firma 
	Giugliano Pasquale	Direttore u.o.c Medicina Legale	Firma 
	Agresti Margherita	Direttore f.f. u.o.c Medicina Preventiva, del Lavoro e Radioprotezione	Firma 
	Zuzana Simonova	Dirigente Psicologo	Firma 
	Casella Filomena	Dirigente Medico u.o.c Medicina Legale	Firma 
	Di Vico Wanda	Dirigente Medico u.o.c Gestione del Rischio Clinico	Firma 
	Misefari Raffaele	Infermiere u.o.c. Gestione del Rischio Clinico	Firma 
Approvazione	Anecchiarico Angela	Direttore Sanitario	Firma 
Adozione	Gubitosa Gaetano	Direttore Generale	Firma 

Indice

Premessa

1. Obiettivo
2. Le conoscenze di base
3. Criteri guida e atteggiamenti appropriati nel rapporto con la donna che arriva all'intervento
psicologico dopo il referto medico e/o la denuncia dei fatti di violenza
4. Le procedure per l'accesso al Servizio di Prima Assistenza Psicologica in Pronto Soccorso
5. Gli aspetti metodologici della refertazione ed il suo schema
6. La refertazione psicologica in 10 passi
7. Riferimenti
8. Allegato

Premessa

Tra le diverse forme di violenza patita dalle donne occorre dare il giusto risalto all'impatto della violenza psicologica sulla salute della donna.

L'OMS distingue tra la violenza psicologica e la coercizione, definendo violenza psicologica (ovvero abuso emotivo o psicologico) gli "insulti, sminuimenti, umiliazione costante, intimidazione (ad es. distruzione di cose), minacce di danno, minacce portare via i bambini", mentre il controllo coercitivo del comportamento è definito come "isolare una persona dalla famiglia e dagli amici; monitorare i suoi movimenti; limitare l'accesso ai dati finanziari risorse, occupazione, istruzione o cure mediche". Sebbene si tratti di due fattispecie diverse, gli effetti di danno psicologico si combinano tra loro.

Una definizione ulteriore di violenza psicologica, che tiene conto di entrambi gli aspetti, è quella fornita dall'Istituto Europeo di uguaglianza di genere (EIGE) "Qualsiasi atto o comportamento che provoca danni psicologici al partner o ex partner. La violenza psicologica può assumere la forma di, tra l'altro, coercizione, diffamazione, un insulto verbale o molestie".

Il controllo coercitivo è quindi costituito dalla limitazione della libertà di una donna ottenuta anche a distanza, senza impatto fisico, ma con lo strumento delle minacce.

Di violenza psicologica senza contatto fisico si parla anche per lo stalking il cui esito previsto per la legge non è la lesione fisica ma quella psichica (un perdurante stato d'ansia) che va documentata da un certificato medico / psicologico.

Il controllo coercitivo, pertanto, ovvero la presenza di una condizione violenza psicologica, cioè violenza senza impatto fisico, risulta essere l'elemento fondamentale dell'abuso domestico.

I violenti di solito iniziano ad abusare della propria vittima limitandone le libertà personali, controllandone ogni mossa e spogliandole del controllo personale sulla loro vita; la violenza fisica interviene frequentemente in una fase successiva.

Pertanto, il controllo coercitivo è il predittore migliore di ulteriori violenze e di una violenza grave che può sfociare in esiti letali.

Il controllo coercitivo costituisce quindi la dimensione della violenza che le donne patiscono maggiormente e da cui hanno meno possibilità di difendersi, data la difficoltà di raccogliere elementi (quali ad esempio lesioni fisiche) atte ad assumere il valore di prove oggettive da esibire all'Autorità Giudiziaria.

La figura dello psicologo, pertanto, diviene necessaria al fine di oggettivare gli esiti concreti di quella che è denominata 'violenza invisibile'.

Del resto, ogni altro tipo di violenza quale quella fisica e sessuale, ha sempre il suo risvolto sul piano psichico.

1. Obiettivo

Obiettivo del presente documento è regolamentare il percorso per la prima assistenza e refertazione psicologica in Pronto Soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere, in attuazione del D.G.R.C. n. 47 del 28.01.2020.

2. Le conoscenze di base

Lo psicologo deve avere alcune conoscenze di base specifiche per affrontare l'intervento in emergenza:

- ✓ la risposta stress e le condizioni della risposta patologica;
- ✓ la qualità degli eventi stressanti;
- ✓ il trauma come risposta stress che colpisce e ferisce, le differenze tra trauma e stress;
- ✓ caratteristiche della violenza nella relazione intima con il ciclo della violenza ed il *traumatic bonding*;
- ✓ il trauma psicologico da violenza domestica e di genere, le reazioni delle vittime;
- ✓ le caratteristiche del contesto in cui prende corpo, come evento stressante, la violenza.

Va inquadrata anche la valutazione del contesto di libertà in cui la donna si muove quando ha di fronte la violenza del partner o ex-partner.

Questa violenza ha caratteristiche peculiari: è costituita da più atti, graduata nel tempo, e avviene all'interno di un legame affettivo che implica non solo la donna ma spesso anche altri soggetti come i minori, e l'intera famiglia con le sue connessioni e con i suoi legami interni che travalicano la libertà individuale della donna.

Il concetto quindi di costrittività ambientale sta proprio ad indicare il pesante condizionamento che un determinato ambiente, in cui si presenta un evento stressante, ha sulla risposta di una persona allo stress.

Questo condizionamento spesso impedisce alla persona colpita di atteggiarsi liberamente nei confronti degli eventi stressanti, secondo esclusive esigenze personali di autotutela.

Il concetto di costrittività è mutuato dal contesto lavorativo che, limitatamente al fattore dell'organizzazione, indica un contesto che impone regole precise, spesso a carattere non salutare o persecutorio, che travalicano le libere scelte personali.

E' fondamentale comprendere le sindromi collegate alla violenza domestica e il modello di funzionamento della *battered woman*, imperniato intorno a reazioni psicologiche e comportamentali della donna maltrattata che prevedono l'affievolirsi di tutti i sistemi di allerta e di difesa attiva e cioè:

- il silenziare la paura;
- il sottovalutare il pericolo ed il rischio;

- l'entrare in una condizione di *numbing*, di alterazione dello stato di coscienza che permette di non fuggire davanti al pericolo;
- il paralizzarsi di fronte al rischio;
- lo spegnere completamente la propria autostima (uno stato di rinuncia) ed affidarsi all'altro se pur abusante, in un atto estremo di dipendenza per sperare di sopravvivere (un atto di sacrificio personale che serva a placare la violenza e la sete di potere dell'abusante);
- l'impatto del trauma da violenza nella vita della donna ed i suoi effetti sull'equilibrio psicologico.

3. Criteri guida e atteggiamenti appropriati nel rapporto con la donna che arriva all'intervento psicologico dopo il referto medico e/o la denuncia dei fatti di violenza

Se la refertazione medica in Pronto Soccorso illumina un singolo episodio di violenza e se la lesione non è grave e non ha prodotto una prognosi superiore ai 20 giorni, si risolve in un nulla di fatto e non produce da sola un cambiamento di prospettiva per la donna.

Il problema della violenza domestica è proprio questo.

Dal momento che la violenza domestica è essenzialmente una violenza composta di tanti atti di vario tipo (fisico, materiale, psicologico, economico, ecc.) disseminati nel quotidiano, un referto che evidenzia una singola aggressione non riesce a dare l'idea di violenze che durano anni ed anni che spesso creano assuefazione, abitudine nelle donne e che le donne stesse non hanno gli strumenti conoscitivi per denominare e rappresentare agli operatori quando vengono in contatto con le strutture sanitarie.

E' difficile che in un Pronto Soccorso la comunicazione vada oltre la rappresentazione fisica di un'aggressione o lo stato ansioso correlato; è difficile sia perché le donne non sanno farlo sia perché gli operatori sanitari non sanno chiederlo o ritengono anche loro che il campo, oltre il danno fisico, non sia di loro pertinenza.

Ecco allora che un intervento psicologico in un Pronto Soccorso ha come preciso compito illuminare il non detto e il non dichiarato dalla donna al primo impatto quando si rivolge alle cure sanitarie.

Compito di uno intervento psicologico è illuminare gli atti ed il contesto della violenza psicologica e poi anche il correlato psichico che accompagna ogni tipo di violenza, anche di quella non strettamente psicologica e cioè la violenza: fisica, materiale, verbale, sessuale, economica, quella sui figli.

E' fondamentale considerare, nella valutazione del contesto, anche la violenza assistita, che produce altrettanti danni e che richiede ulteriori interventi di tutela e che non è solo il maltrattamento sulle madri cui assistono i figli, ma anche il contrario: ovvero il maltrattamento sui figli cui sono costrette ad assistere le madri, quando un partner utilizza i figli come arma di pressione e ricatto.

A volte le donne pensano di risolvere il loro problema cercando una soluzione valida per sé e per il partner.

E' chiaro che se la parola chiave nei contesti di lotta alla violenza domestica e familiare è la "tolleranza zero" lo strumento efficace in campo psicologico e relazionale non deve essere la mediazione familiare ma un valido intervento psicologico.

Difatti tutti gli organismi internazionali (OMS, AMA, American Medical Association) mettono in guardia dal ricorrere alla mediazione in caso di violenza familiare.

4. Le procedure per l'accesso al Servizio di Prima Assistenza Psicologica in Pronto Soccorso

Nell'ambito dell'attività del supporto alle donne vittime di violenza in Pronto Soccorso il primo intervento è medico e riguarda le donne vittime di violenza domestica e di genere ed i loro figli minori per la violenza assistita.

L'accesso al Servizio di Prima Assistenza Psicologica è rivolto anche alle donne vittime di violenza sessuale, ad integrazione dello specifico percorso aziendale (Protocollo Operativo per la Gestione del Percorso Intra-Ospedaliero della Violenza Sessuale, Deliberazione n. 1078 del 30.12.2022).

La consulenza ed il supporto psicologico in Pronto Soccorso è consigliata perché qualifica l'assistenza sanitaria in modo globale in quanto coglie l'unità psico-fisica delle donne vittime di violenza e dei loro figli minori.

La visita medica è un'occasione irripetibile per garantire un'assistenza adeguata alle necessità psicologiche e sanitarie della donna.

Dovrà al contempo essere assicurata una successiva assistenza psicologica, qualora la donna lo desideri, che potrà essere effettuata dalla psicologa dell'ospedale.

Quindi, dopo l'intervento medico in Pronto Soccorso, il percorso di tutela delle donne che subiscono violenza – in ogni sua forma - può proseguire con la consulenza e l'assistenza psicologica (l'intervento psicologico è consigliato come prosieguo ed approfondimento dell'osservazione medica, può essere differito, ed è una libera scelta della donna che decide se usufruirne o meno).

Il Servizio di Prima Assistenza psicologica ha quindi la finalità di fornire un primo supporto psicologico nell'emergenza, un primo intervento sul trauma psichico e di produrre una refertazione psicologica a sostegno delle dichiarazioni della donna circa gli eventi di violenza patiti; esso diviene particolarmente utile nei casi in cui persiste una violenza 'senza contatto fisico ' ovvero verbale, economica, psicologica; quelle violenze cioè che la donna più difficilmente riesce a rappresentare senza l'aiuto di una psicologa specificamente formata sulla violenza di genere.

La refertazione psicologica diviene quindi uno strumento utile e significativo a corredo della denuncia e/o dell'iter giudiziario.

Le donne che vengono individuate come vittime di violenza di genere oltre a ricevere l'assistenza medica verranno indirizzate al Servizio preposto di Prima Assistenza psicologica cui potranno accedere nello stesso giorno o nei giorni immediatamente successivi, fornendo alla paziente i riferimenti del servizio stesso.

Gli operatori sanitari del Pronto Soccorso, qualora la donna sia impossibilitata ad accedere al Servizio, possono comunicare (con il consenso della donna) al personale del Servizio di Assistenza psicologica l'accesso della donna in PS medico, in modo da facilitare un successivo contatto telefonico finalizzato a fornire ulteriori informazioni e consigli nel merito dei problemi specifici.

L'accesso al Servizio di Assistenza psicologica è subordinato al consenso ed è una libera scelta della donna.

Nel momento in cui la donna indirizzata dal Pronto Soccorso medico si presenta al Servizio di Prima Assistenza psicologica per le vittime di violenza si avvia la procedura per la valutazione psicologica che può avvenire nello stesso giorno, o iniziare subito e terminare nei giorni immediatamente successivi, con un appuntamento che tenga conto delle esigenze della donna.

La valutazione psicologica ed il primo intervento costituiscono una procedura complessa a più tappe che si risolvono in un tempo concentrato che può dispiegarsi dalle 2 alle 4 ore in uno o al massimo due incontri a distanza di uno o due giorni.

I tempi di apertura del servizio.

Il servizio è aperto dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 13, in modo da garantire l'accesso della donna in prossimità dell'evento traumatico per i casi particolarmente urgenti e sempre su richiesta / consenso della donna.

Fasi dell'intervento psicologico

L'intervento psicologico per le vittime di violenza si compone di due fasi che si intrecciano tra loro:

- le prime cure in rapporto allo stato traumatico,
- la valutazione degli effetti della violenza e la refertazione.

Le prime cure comprendono accoglienza e rassicurazione.

L'accoglienza è prima di tutto un habitus ed una forma mentale che si esplica attraverso un atteggiamento di disponibilità che indica: 'siamo qui per lei, per sostenerla, qualsiasi cosa lei ci dica; il nostro interesse prioritario è il suo benessere e la condivisione del suo malessere.

La rassicurazione riguarda la competenza del servizio:

- che è lì per accogliere le vittime senza giudicarle;
- che assume il punto di vista della non colpevolezza della vittima, qualsiasi siano le condizioni in cui la violenza è avvenuta o avviene;

- che considera l'assoluta "non eccezionalità" dell'evento di violenza perché colpisce le donne in modo trasversale;
- che trasmette il senso che la violenza può essere affrontata, qualsiasi cosa di grave sia successo, a patto che la donna non rimanga sola ed isolata ma voglia parlare ed affidarsi ad una rete di persone e servizi esperti.

Le prime cure si riferiscono quindi alla riduzione immediata dell'impatto traumatico della violenza, per ottenere un primo senso di sollievo nella vittima che si sente accolta, creduta, sostenuta e vede durante il colloquio, incentrato sul suo racconto degli accadimenti, svilupparsi un filo che porta a:

- ricostruire in modo condiviso gli eventi traumatici e guardarli e nella loro gravità e nella non ulteriore sopportabilità; la ricostruzione degli eventi traumatici con la focalizzazione sui suoi effetti di danno alla salute porta a rafforzare un percorso di autonomia personale;
- guardare alle responsabilità degli atti violenti come attribuzione esclusiva in capo all'autore compreso il maltrattamento assistito dai minori; questa visualizzazione della responsabilità porta ad un processo di de-coplevolizzazione della vittima;
- de-codificare i comportamenti di dipendenza quale effetto della violenza e per converso vedere sé stessa come una donna capace di sopravvivere alla violenza in determinate condizioni, valutando anche le tattiche di resistenza e contrasto personale adottate nel corso della relazione come auto-difesa e difesa dei figli;
- vedere il punto di non ritorno, rappresentato dalla richiesta di aiuto in PS e dalla valutazione condivisa dei rischi attuali e futuri, per sé stessa e per i figli, compresi nel continuare a 'tollerare';
- sentirsi supportata nel prosieguo di un percorso di uscita dalla violenza al di fuori dell'ospedale (con particolare riferimento alla presenza dei centri anti-violenza sul territorio, cui indirizzare successivamente la donna attraverso anche appuntamenti diretti richiesti dalla donna).

La valutazione degli effetti della violenza è oggetto di una osservazione approfondita delle condizioni psichiche della donna finalizzata alla stesura di una relazione: **la refertazione psicologica**.

La refertazione psicologica documenta ed attesta, integrando l'osservazione medica e la scheda nosografica, sia la violenza psicologica (la violenza così detta invisibile, che non lascia tracce) sia gli esiti psichici di ogni altro tipo di violenza (fisica, sessuale, economica, verbale, materiale, stalking).

La valutazione degli effetti della violenza che dà corpo alla stesura di un referto si compone di vari step che prendono le mosse dall'ascolto attento e puntuale di quanto riferisce la donna e dall'osservazione ugualmente attenta e puntuale dei suoi stati d'animo sia in situazione, sia durante il racconto delle violenze subite, quando esse si riferiscono agli anni passati.

La complessa procedura di accoglienza, ascolto e refertazione dura mediamente dalle 2 alle 4 ore, a seconda delle condizioni psichiche della donna, del suo vissuto e del tempo trascorso nella relazione violenta.

5. Gli aspetti metodologici della refertazione ed il suo schema

La refertazione psicologica nei casi di violenza serve a ‘visualizzare’ e diagnosticare la violenza psicologica ed i suoi effetti per la salute.

La violenza psicologica, infatti, costituisce una vera e propria emergenza sanitaria perché è la violenza più diffusa con effetti maggiormente invasivi ed a lungo termine; essa inoltre è presente come correlato psichico in ogni altro tipo di violenza (fisica, verbale, sessuale, ecc.).

Da qui l'iniziativa di integrare la scheda nosografica con quella psicologica nei casi in cui si presenta in Pronto Soccorso una donna vittima di violenza.

La refertazione psicologica differisce dalla scheda nosografica solo per il fatto che lo strumento psicologico fondamentale della diagnosi, oltre l'osservazione diretta (ictu oculi), è l'ascolto della paziente da cui non si può mai prescindere.

Le parole, il come vengono usate, con quale risonanza emotiva sono strumento essenziale dell'osservazione psicologica.

D'altra parte non dare conto in una refertazione di quanto ascoltato e riferito dalla donna renderebbe oscura e non trasparente la diagnosi che deve dare, nei casi di violenza, conto della presenza o meno di una reazione traumatica ad un grave stressor.

La diagnosi psicologica contenuta nella refertazione ha caratteristiche limitate e circoscritte alle reazioni alla violenza che lo differenziano da ogni altra attività di valutazione/consulenza psicologica che ha ovviamente un più ampio campo di osservazione e quindi anche di interpretazione soggettiva da parte del tecnico.

In sintesi la refertazione psicologica si fonda essenzialmente sull'osservazione dello stato emotivo e delle reazioni psichiche all'evento di violenza, equiparabile in tutto e per tutto, ad un evento stressante di tipo traumatico.

La refertazione psicologica fornisce quindi la possibilità di “conservare” (fissandolo nella descrizione) la rappresentazione di un comportamento emotivo, indicatore importante di un abuso.

Ancora, la refertazione psicologica è ben standardizzata nelle sue procedure (rappresentate nel modello allegato) in modo da lasciare poco spazio a interpretazioni soggettive o alla necessità di chiarimenti in fase di dibattito.

La refertazione, infine, non preclude e non sostituisce la necessità/possibilità di valutazioni più ampie da effettuare attraverso una consulenza psicologica che potrà essere sempre effettuata e/o richiesta.

6. La refertazione psicologica in 10 passi

I primi passi si muovono intorno al racconto dell'ultimo episodio per il quale è già stato acquisito il referto medico e che ha motivato la donna a recarsi al Pronto Soccorso:

1. Si descrive il come la donna si presenta segnalando i livelli di agitazione/paura/ansia verbali, mimici e comportamentali;
2. Si raccolgono analiticamente le percezioni ed i vissuti della donna relativamente alla situazione presente e si descrive l'evento in dettaglio da cui scaturisce l'attuale condizione o stato di ansia e stress della donna. Se si tratta di un solo ed unico episodio, la raccolta dei dati termina con questo secondo step, poi si procede con il punto 5. Se non si tratta di un solo episodio, di cui l'ultimo è quello attualmente descritto, si procede con gli altri passi descritti ai punti 3. e 4.
3. Si raccoglie il contesto del maltrattamento (domestico, familiare o extrafamiliare): la presenza o meno di minori e/o altri testimoni; eventi salienti che indicano la qualità del contesto di maltrattamento ed abuso relativamente agli ultimi 1-3 anni; si danno solo cenni sulla condizione pregressa che ha radici anche nella storia della relazione di coppia (con particolare riguardo ad eventi collegati con la gravidanza e la nascita dei bambini, che in letteratura costituiscono le fasi ricorrenti dell'incipit della violenza); se del caso, si sviluppa anche un diagramma tempo/eventi.
4. Si segnalano i tipi di maltrattamento patiti seguendo la codifica internazionale (violenza, fisica, materiale, sessuale, psicologica, economica e socio-relazionale) avvalendosi anche di una checklist. Nella violenza psicologica in particolare è opportuno annotare il controllo con le limitazioni alla libertà personale e alle manifestazioni della identità personale. Si segnala anche il maltrattamento assistito, così come riferito dalla madre.
5. Si fa una valutazione complessiva delle condizioni di salute della donna alla luce delle violenze subite, integrando anche la valutazione con le codifiche ufficiali (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) e altre codifiche accettate nel contesto scientifico internazionale sulla violenza, come quella della Herman sul disturbo posttraumatico da stress complesso recentemente accolto dall'OMS. Si possono inoltre utilizzare anche semplici e rapidi strumenti standardizzati di valutazione qualitativa sia della violenza sia dei suoi effetti stressanti.
6. Si analizza la condizione dei minori rispetto ai maltrattamenti, che sono in prevalenza assistiti ma possono precipitare facilmente in maltrattamenti diretti, e soprattutto si segnalano comportamenti disfunzionali sia familiari che scolastici, così come la madre li riferisce.
7. Si individuano gli indicatori di rischio per la sopravvivenza e la salute psico-fisica sia della madre che dei minori.

8. Si visualizzano le risorse e la rete sociale su cui la donna può contare per il suo programma personale di messa in sicurezza. Si traggono le conclusioni e si danno indicazioni alla donna sul che fare nell'immediato.
9. Si prendono ulteriori appuntamenti di prosecuzione dell'azione a livello legale (consulenza legale e assistenza presso i centri anti-violenza in rete); si stabiliscono percorsi ulteriori presso i servizi in rete, ed appuntamenti di follow-up in altri nodi della rete (centri antiviolenza, centri di psicologia, servizi sociali, associazioni specifiche, ecc.)
10. Si compila l'attestazione secondo il modello allegato che va collegato (anche materialmente) alla scheda nosografica ospedaliera. Si invia tale refertazione al percorso giudiziario (FFOO territoriale e/o Procura) unitamente alla scheda nosografica. Si segnalano, su richiesta /consenso della madre, alla Procura presso il Tribunale dei minori i casi di esposizione alla violenza assistita o diretta.

7. Riferimenti

D.G.R.C. n.47 del 28/01/2020

8. Allegato

Refertazione Psicologica



REFERTAZIONE PSICOLOGICA su: _____

SCHEDA NOSOGRAFICA N. ____ DEL _____

Data e luogo intervento	La signora _____ si presenta all'osservazione psicologica su invio del Pronto Soccorso in data _____ (su eventuale indicazione di _____)
Dati paziente	Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ Stato Civile _____ Scolarità _____ Professione _____ Residenza _____ Tel. Personale _____ Numero figli ____ di cui minori ____
Rif. Referto medico o Osservazione	Referto/Osservazione n. _____ del _____ Diagnosi medica _____ Prognosi _____
Dati autore della violenza per cui si referta	La paziente <input type="checkbox"/> rivela <input type="checkbox"/> non rivela l'identità dell'autore dei comportamenti violenti. Se SI, si tratta di: Cognome e Nome _____ Data di nascita _____ Residenza _____ Professione _____ Scolarità _____ Abitudini riferite _____
Osservazione stato emotivo-cognitivo / rilevazione sintomatologia / test: reazioni da stress	All'osservazione psicologica la paziente presenta: La paziente <input type="checkbox"/> viene <input type="checkbox"/> non viene sottoposta ad un esame testologico per la valutazione della reazione di stress agli specifici eventi riferiti di maltrattamento e violenza.
Descrizione dell'evento traumatico e delle circostanze dei fatti oggetto del referto con raccolta del riferito e del vissuto della vittima	La paziente riferisce:
In anamnesi: analisi di contesto e pregressi eventi traumatici connessi con altri	La paziente riferisce:
Presenza di minori Esiti riferiti per maltrattamento Assistito	La paziente riferisce la presenza di minori testimoni di violenza con esiti presunti di maltrattamento assistito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Presenza di timori ed indicatori di rischio per la vita (J. Campbell, 1995-2009)	La paziente rivela timori per la vita e l'integrità psico-fisica personale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI e/o di altri _____ Sono presenti indicatori di rischio: <input type="checkbox"/> minacce di morte, <input type="checkbox"/> escalation della violenza, <input type="checkbox"/> gelosia infondata o incoerente, <input type="checkbox"/> controllo e limitazioni, <input type="checkbox"/> minacce con o uso di armi, <input type="checkbox"/> presenza di armi, <input type="checkbox"/> precedenti aggressioni refertate, <input type="checkbox"/> aggressioni davanti a terzi e minori, <input type="checkbox"/> aggressioni con mani alla gola, <input type="checkbox"/> costrizioni/violenze sessuali, <input type="checkbox"/> violenza ingravidanza <input type="checkbox"/> altro _____ La donna: <input type="checkbox"/> è in fase/ha deciso di separarsi o <input type="checkbox"/> è separata da 6 mesi/un anno <input type="checkbox"/> ha sporto denuncia <input type="checkbox"/> ha intenzione di farlo <input type="checkbox"/> in contatto con FOO / centri / altri



	<p>il partner: <input type="checkbox"/> fa uso abituale di droghe e di alcool, <input type="checkbox"/> ha precedenti penali per violenza e/oha disatteso ordini di protezione, <input type="checkbox"/> ha problemi psichici accertati</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>
Valutazione diagnostica: (stato psichico attuale, eventi di violenza correlati, così come riferiti dalla donna)	<p>La paziente, a seguito della visita psicologica, effettuata con l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti oggetto del referto e la prova testologica, è risultata affetta da:</p> <p>Lo stato psichico riscontrato <input type="checkbox"/> è correlabile/coerente <input type="checkbox"/> non è correlabile / coerente (in via temporale e di efficienza causale rispetto allo stato emotivo riscontrato) con l'evento/gli eventi stressante/i riferito/i, ovvero:</p> <p><input type="checkbox"/> violenza domestica (<input type="checkbox"/>pregressa <input type="checkbox"/> attuale) del <input type="checkbox"/>partner o <input type="checkbox"/> ex-partner <input type="checkbox"/> fisica, <input type="checkbox"/> sessuale, <input type="checkbox"/> psicologico/verbale, <input type="checkbox"/> economica, <input type="checkbox"/> altro _____;</p> <p>oppure: <input type="checkbox"/>violenza di altri autori (<input type="checkbox"/>sessuale, <input type="checkbox"/> fisica, <input type="checkbox"/> psicologica-verbale, <input type="checkbox"/> altro _____</p> <p><input type="checkbox"/> stalking: <input type="checkbox"/> in conv. <input type="checkbox"/> post. sep. <input type="checkbox"/> altro (con: <input type="checkbox"/> telefonate, sms, mail</p> <p><input type="checkbox"/> pedinamenti/appostamenti/inseguimenti <input type="checkbox"/> intromissione privacy</p> <p><input type="checkbox"/> aggressioni fisiche, <input type="checkbox"/> ingiurie/diffamazioni, <input type="checkbox"/> distruzioni di beni,</p> <p><input type="checkbox"/> uso strumentale di minori,</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p> <p><input type="checkbox"/> minacce (di morte, di distruzione personale e di altri);</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>
Indicazioni di trattamento	<p><input type="checkbox"/> Si consiglia una successiva visita psicologica a distanza di un mese da oggi per valutare l'evoluzione (permanenza/non permanenza) dello stato psichico attuale</p> <p><input type="checkbox"/> Si consiglia un sostegno psicologico</p> <p><input type="checkbox"/> Si consiglia la visita psicologica dei minori per gli esiti del maltrattamento assistito</p> <p><input type="checkbox"/> Si consigliano misure di cautela e prevenzione del rischio in attesa dei provvedimenti giudiziari.</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p>
Invii e segnalazioni	<p><input type="checkbox"/> Si invia dal medico curante per la rivalutazione prognostica degli esiti psico-fisici (<i>una prognosi va sempre confermata nella sua effettiva durata, per essere legalmente valida</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Si invia alla rete territoriale anti-violenza, per la presa in carico globale (<i>si prendono contatti telefonici con il consenso della donna</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Si invia ai servizi territoriali socio-sanitari (<i>se del caso e con il consenso della donna</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Invio alle FFOO per competenza e i provvedimenti di tutela</p> <p><input type="checkbox"/> Invio alla Procura dei Minori (<i>se del caso e con il consenso della donna</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p>

Data:

Firma paziente

Firma psicologa