

Il Pronto Soccorso di Trieste: casi clinici, storie, criticità e protocolli

Violenza sessuale e di genere: cosa vedere, come agire, quali obblighi

Trieste, 11 dicembre 2017

*Dottoressa Luisa Dudine- Psicologa di Direzione
Dottoressa Clara Ferreira – Medico di Pronto Soccorso*



Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste



SCENARIO IN ASUITS precedente al 2014



- Personale formato sul tema delle violenze in particolare quello operante nei PS e reparti urgenze
- Procedura attiva in PS e raccordo con Centro Antiviolenza
- Fenomeno monitorato dalla Direzione Medica con rilevazione degli accessi in PS delle donne vittime di violenza e successivi audit mirati
- Menzione dell'ONDA





in una provincia con
234.682 unità di cui
122.617
(il 52,2%) sono donne



Pronto Soccorso
Ospedale Cattinara

Pronto Soccorso
Ospedale Maggiore

Dati avvio progetto: 261 donne in un anno rivolte al Pronto Soccorso per cause collegate alla violenza (tot. 329 accessi)

Nel 2014-2015 avvio progetto per un Servizio dedicato

Sperimentazione di un nuovo servizio operativo all'interno del Pronto Soccorso, in raccordo e sinergia con la rete territoriale.

Contributo WEWORLD ONLUS (confronto con altri ospedali coinvolti in sperimentazione a livello nazionale, supporto metodologico e finanziario)

SOSTegno Donna

I referenti del Servizio

- Responsabile del Progetto: dr.ssa **L. PELUSI**
- Responsabile dei Pronti Soccorsi: dr. **R. COPETTI**
- Referenti:
 - ❖ Direzione Medica: dr.sse **E. MESESNEL, R. PIANI**
 - ❖ Direzione Sanitaria e Medica funzione psicologia: dr.ssa **L. DUDINE**
 - ❖ S.C. Pronto Soccorso: dr.ssa **C. FERREIRA** , IP **R. IOVELE**
 - ❖ Psicologhe e Assistenti sociali dedicate (*reperibilità e sportello*):
dr.sse **L. POMICINO, P. CIUFO, S. SUMAN**

SERVIZIO “SOSTEGNO DONNA”

- Rivolto a **tutte le donne che**, durante l’accesso ai PS o agli altri Reparti ospedalieri, **referiscono di subire violenza e/o considerate a rischio dagli operatori sanitari**
- **Sportello “SOSTegno donna”**, punto *informativo*, **attivo presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale Maggiore (box 3)** dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 12
- **Reperibilità su contatto telefonico da parte degli Operatori Sanitari**, attiva **OGNI GIORNO** dalle 8 alle 22
- **Accesso quotidiano delle Operatrici del Servizio al Pronto Soccorso di Cattinara (Triage, Ambulatori, OBI)** per verificare presenza di casi di pertinenza
- **@mail dedicata:** sostegnodonna@asuits.sanita.fvg.it

Nell'orario dalle 22 alle 8:

- “Ospitare” la donna fino all’apertura del Servizio
- Fornire indicazione del Punto Informativo e del relativo orario, informando, in orario di reperibilità telefonica, le Operatrici del Servizio
- Se previsto riaccesso in PS per completamento prestazioni sanitarie, proporre alla donna colloquio dedicato in tale circostanza, informando, in orario di reperibilità telefonica, le Operatrici del Servizio
- In caso di impossibilità di qualsiasi opzione, offrire alla donna il volantino informativo del Servizio, del GOAP e del numero 1522 (attivo 24/24h)

Processo di miglioramento continuo

- la Direzione Medica monitora gli accessi in PS da file di scarico a partire dalla diagnosi di dimissione
- La Direzione Medica, assieme a Pronto Soccorso, analizza i casi ove a fronte di diagnosi “violenza per mano altrui” non vi è stato un raccordo con Servizio Sostegno Donna; l’equipe analizza gli eventuali riaccessi della Stessa Donna in Pronto Soccorso a fronte della stessa diagnosi e/o motivazione d’accesso
- Pronto Soccorso analizza con l’equipe i motivi dei casi che dal verbale risultavano adeguati alla segnalazione

II MONITORAGGIO E LA DOCUMENTAZIONE: LA SCHEDE DI SORVEGLIANZA

Strumento creato dalla Direzione Medica in raccordo con WeWorld. Registra tutti i dati salienti per comprendere il fenomeno e monitorare gli esiti. Le operatrici possono risalire al nome delle donne, mentre la Direzione analizza su dati anonimi ed aggregati. Sono registrati fra gli altri i dati e le informazioni relative a:

- Caratteristiche socioanagrafiche delle donne;
- Tipologia di problematica sanitaria ed esiti;
- Lavoro svolto con la stessa (n. prestazioni, contatti, ecc,,)
- Caratteristiche socioanagrafiche dell'aggressore qualora rilevate;
- Macroindicatori di rischio
- Raccordi attivati con Centro Antiviolenza, Servizi, ecc..
- Messe in sicurezza, minori coinvolti, ecc..

LA DOCUMENTAZIONE

- Le operatrici compilano tre documenti:
 - ❖ Registro delle attività: contiene tutti i passi compiuti con la donna e con la rete interna ed esterna al Pronto Soccorso (Reparti, Servizi, Centro Antiviolenza, Forze dell'Ordine, ecc.);
 - ❖ Sintesi della narrazione emersa dal primo colloquio con la donna ed anche quelli eventuali successivi, contenente anche l'accordo sul progetto di raccordo con la rete dopo la dimissione dal Pronto Soccorso; il documento è condiviso con la donna vittima di violenza previo
 - ❖ consenso informato creato ad hoc



Testimonianze dell'accaduto e strumenti di raccordo con servizi nonché di consapevolezza per le donne

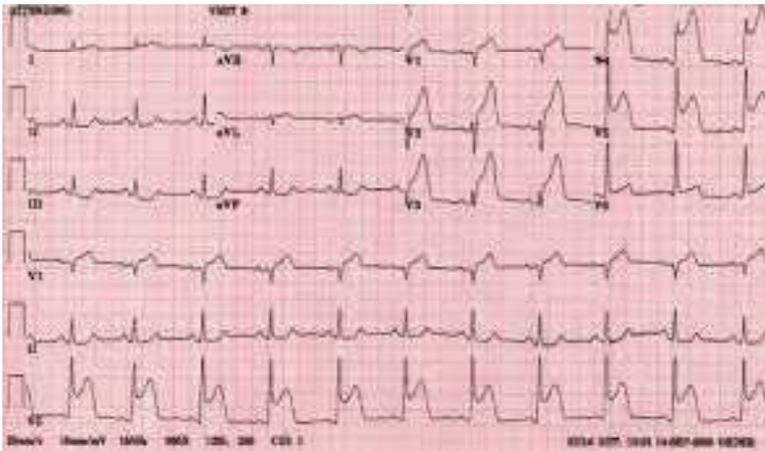
Le operatrici specializzate psicologhe ed assistenti sociali

- Cura ed assistenza anche psicologica immediata e mirata alle donne vittime di violenza e/o in situazioni a rischio;
- Ascolto e supporto psicologico alle donne in situazione protetta e di privacy;
- Erogazioni informazioni di tipo sociale;
- Erogazione di informazioni mirate al problema della violenza verso le donne anche agli operatori dei presidi;
- Attivazione rete extraospedaliera



PER IL MEDICO DI PS: SOSPETTO CLINICO E ANAMNESI

Esame clinico



Raccolta anamnesi



- **tenere a mente la possibilità della presenza di una potenziale violenza, anche se questa non viene dichiarata apertamente**
- **instaurare un rapporto 1:1 medico-paziente, senza interferenze esterne (familiari, amici-accompagnatori)**

- **Dedicare tutto il tempo necessario alla situazione** senza “pensare alla coda d’attesa di triage che si allunga”
- Appartarsi in **luogo idoneo**
- **Accogliere la paziente mostrando empatia ed astenendosi da giudizi personali**
- Monitorare, anche con l’aiuto del proprio gruppo di lavoro, la propria posizione rispetto alla situazione: **stereotipi e pregiudizi sono attivi** in ognuno di noi, è necessario esserne consapevoli per poterli contrastare adeguatamente

- Prestare attenzione al **comportamento non verbale della donna** che, ad esempio:
 - sfugge lo sguardo dell'interlocutore
 - contorce le mani
 - fa lunghe pause di silenzio
 - si atteggia in maniera poco "compiante" o addirittura scontrosa
 - presenta contraddizioni fra ciò che DICE e ciò che FA (“non ho paura di lui” ma non riesce a stare ferma sulla sedia mentre lo afferma)

- Tenere presente che le forme di violenza sono molteplici:
 - psicologica
 - fisica
 - sessuale
 - economica
- Produrre un verbale di Pronto Soccorso accurato, con descrizione precisa delle lesioni fisiche e attenzione a quanto di oggettivo nello stato emotivo della paziente (valore giuridico del verbale di PS)

**Quali sono allora gli indicatori
che ci dovrebbero portare al sospetto
di violenza?**

- **Lesioni evidenti, che la paziente giustifica con storie poco realistiche**
- **Accessi per patologie internistiche, a volte recidivanti, in cui l'esecuzione dei dovuti approfondimenti clinici porta invariabilmente ad esito negativo**

Caso clinico 1

F. G. 38 anni

Background:

in Italia da qualche anno, sposata a un connazionale, presenza di figli, non parla l'italiano (conoscenza della lingua francese che consente alle nostre Operatrici di comunicare con la paziente senza mediatore culturale)

Lesione:

Ferita da taglio all'addome fino alla fascia muscolare

Spiegazione fornita:

Ferita accidentale mentre puliva coltelli da cucina

Esito:

Accedeva "volentieri" al colloquio e non negava problematiche all'interno del nucleo familiare, ma persisteva nel negare una possibile aggressione; non si presentava a futuri colloqui

Caso clinico 2

M. F. 69 anni

Background:

Italiana, scolarità elevata, pensionata con assenza di problematiche economiche, non figli

Lesione:

Vasta flc lineare che dalla fronte si estende a metà regione parietale, ecchimosi arti sup

Spiegazione fornita (sia dalla paziente che dal marito, che la portava direttamente in PS senza attivazione del 118):

Flc riportata in corso di crisi comiziale

Esito:

La paziente, a un colloquio medico più approfondito, ammetteva violenza fisica e psicologica da parte del marito, chiedeva intervento delle Forze dell'Ordine; in seguito negava violenza. Dimessa dopo ricovero ospedaliero, continuava a negare violenza e seguiva un suo progressivo isolamento anche dal nucleo amicale

Caso clinico 3

G. P. 42 anni

Background:

Residente in Italia da 20 anni, buona scolarità, dipendenza economica dal marito, 2 figli

Quadro clinico:

Ripetuti accessi in PS per dolore toracico, accertamenti clinici sempre negativi per patologia, all'esame obiettivo numerose lesioni da grattamento al dorso che focalizzavano l'attenzione del medico di PS. Interrogata in merito, la paziente riferiva stato di ansia motivato da problematiche familiari.

Esito:

A colloquio più approfondito, la paziente riferiva maltrattamenti e violenza sessuale da parte del marito, accettava presa in carico e trasferimento in casa protetta assieme ai figli

Caso clinico 4

A. I. 53 anni

Background:

Italiana, buona scolarità, autonomia economica dal marito, una figlia maggiorenne

Quadro clinico:

Ripetuti accessi in PS per cefalea. All'esame obiettivo non deficit neurologici, diagnosi di cefalea muscolo-tensiva. Chiesto esplicitamente in merito allo stato emotivo, riferiva violenza psicologica da parte del marito

Esito:

Accettava presa in carico. Anni dopo rientrava in PS per cefalea (dovuta a preoccupazione per la salute della figlia): incontrava lo stesso medico e ringraziava per la presa in carico da parte del Servizio, riferendo divorzio dal marito e benessere conseguente

Quindi ... attenzione a

- lesioni che **non concordano** con l'anamnesi riferita
- **scarsa chiarezza** nelle dinamiche delle lesioni, con reticenza nel racconto o racconto scarno
- ansia, depressione, tentativi di suicidio, comportamenti sessuali a rischio
- lesioni autoinflitte

- frequenti accessi in PS per svariati motivi, non necessariamente di natura traumatica
- poliabortività
- abuso/dipendenza patologica da cibo, alcol, droghe o psicofarmaci
- insistenza del partner nell'assistere alla raccolta anamnestica e alla visita con tentativi di monopolizzare il dialogo

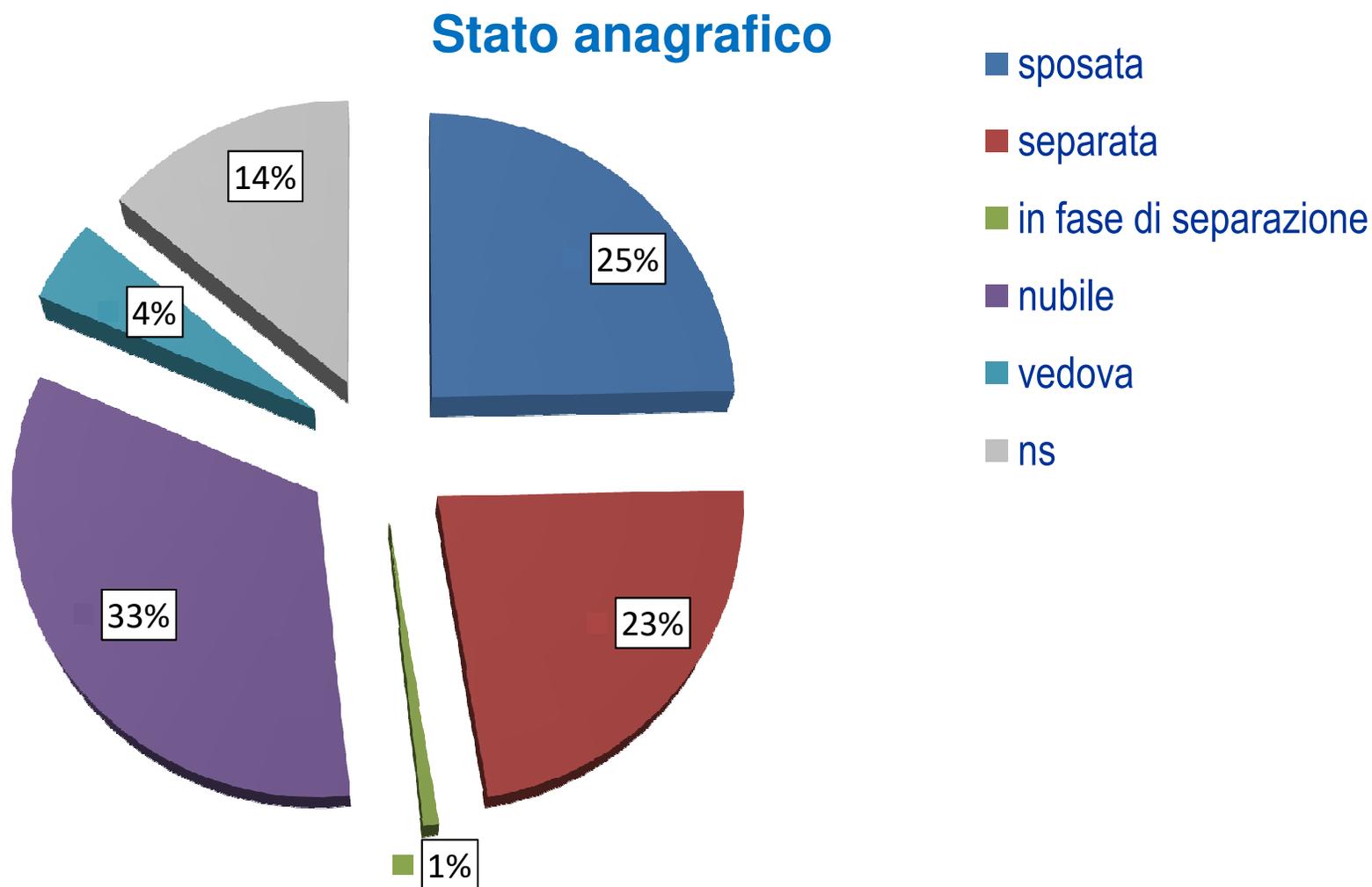
- lesioni da atteggiamento di difesa (ad esempio frattura ossa di avambraccio o ossa metacarpali perché la donna cerca di ripararsi)
- lesioni con caratteristiche sospette (ad esempio ecchimosi a forma di dita)
- dissociazione anamnestico-radiologica (documentazione di lesioni che non corrispondono alla dinamica o alla tempistica riferita dalla paziente)
- presenza di lesioni multiple e/o discordanza temporale delle lesioni
- esclusione di problematiche cliniche a fronte di esami internistici negativi

LE DONNE PRESE IN CARICO

- Hanno fruito del servizio ad oggi 260 donne.
- Tutte hanno fruito di almeno un colloquio psicologico e/o sociale con valutazione del rischio (da 1 fino a 5 colloqui), alcune hanno avuto dei ri-accès (19)
- sono stati attivati e/o riattivati raccordi con servizi territoriali e Centro Antiviolenza; delineati progetti assieme alla donna;

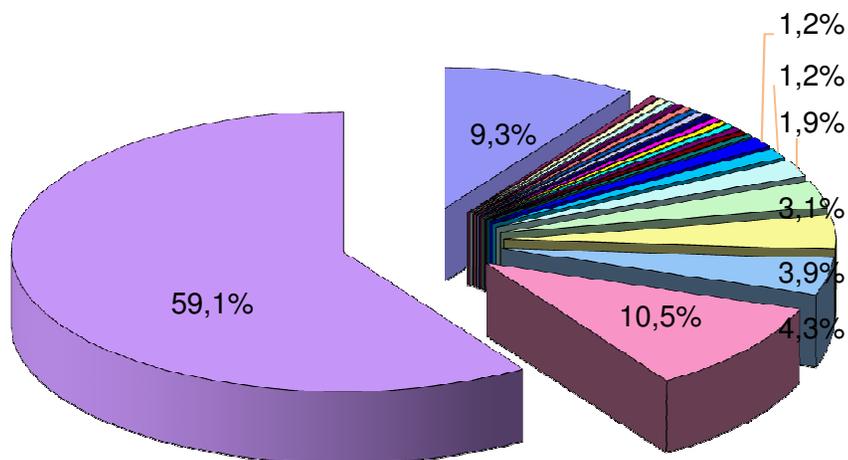


Alcuni dati socio-anagrafici

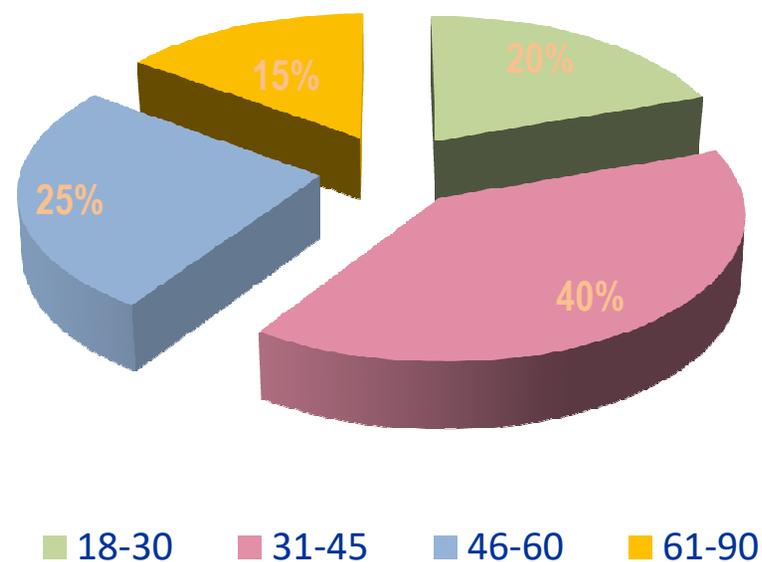


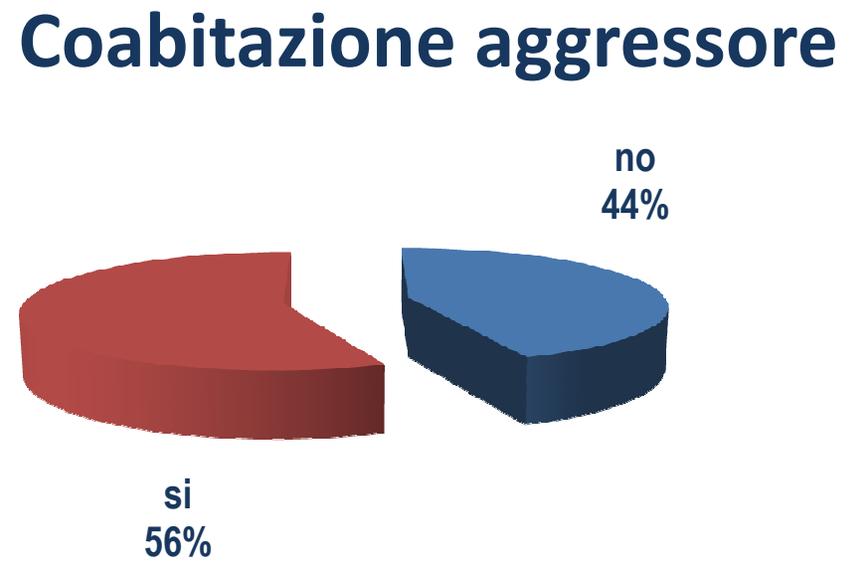
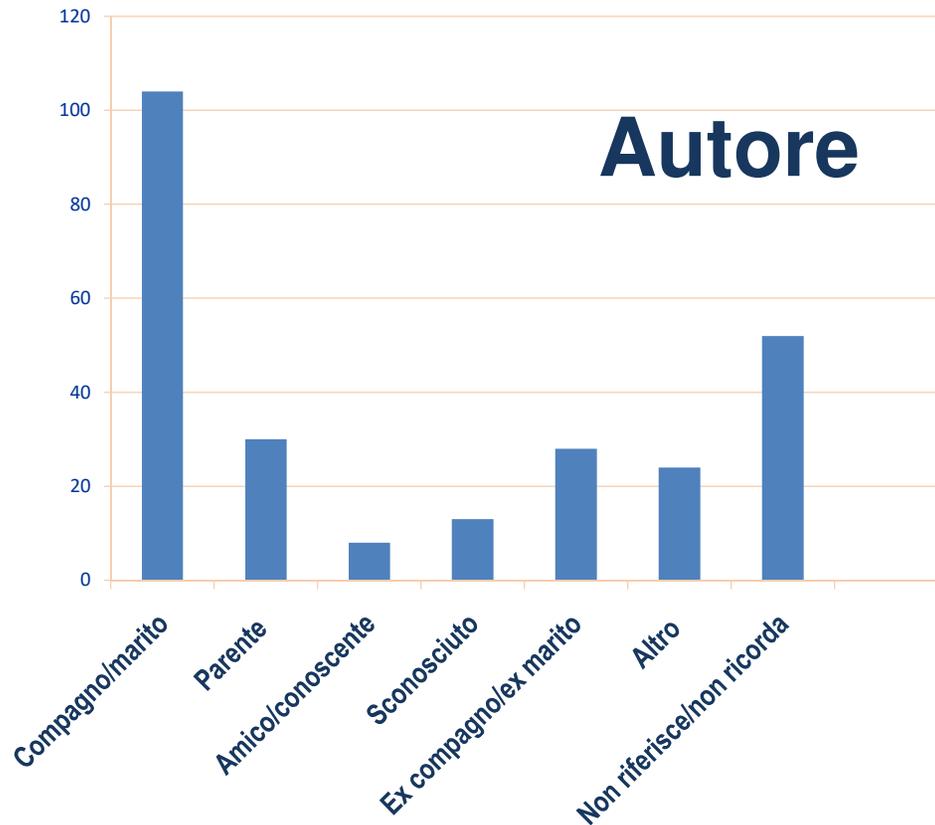
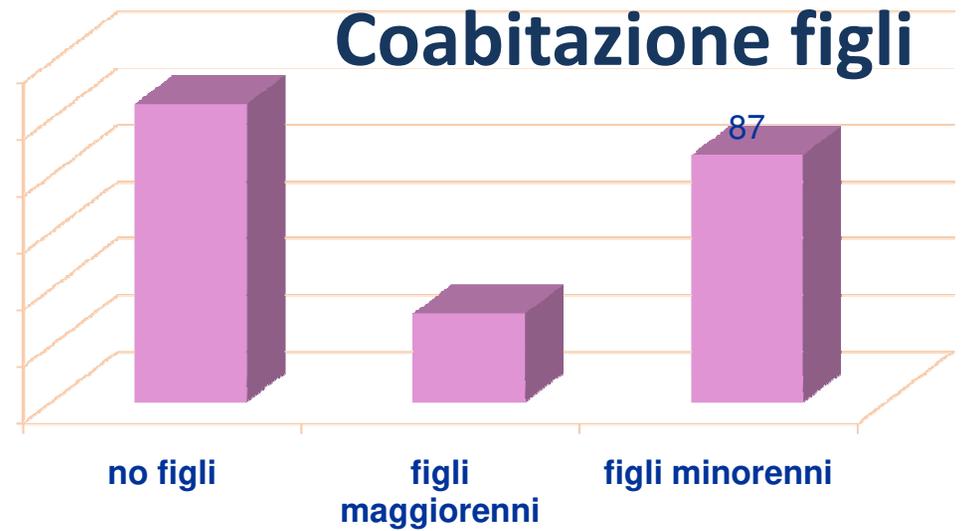
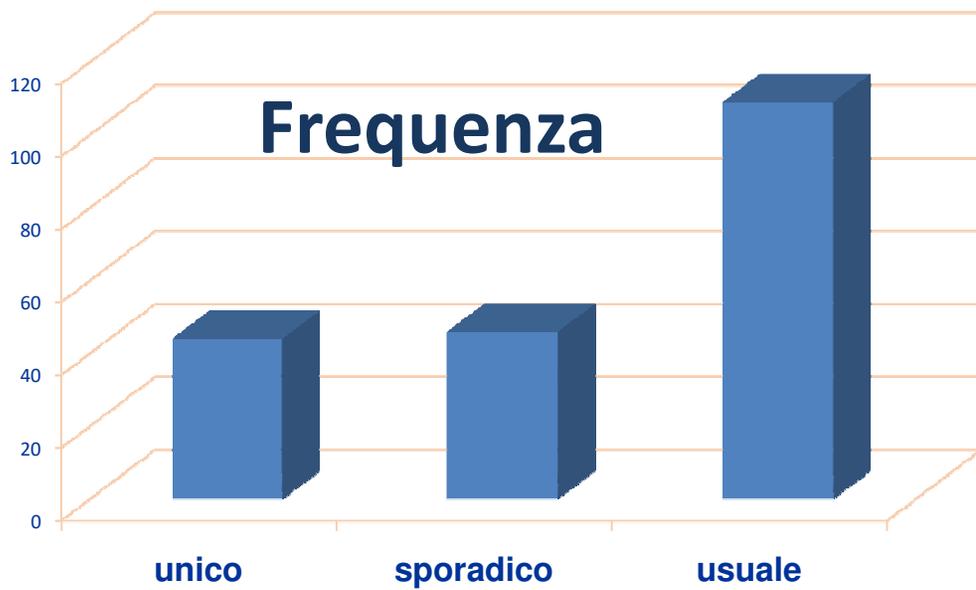
Alcuni dati socio-anagrafici

Nazionalità



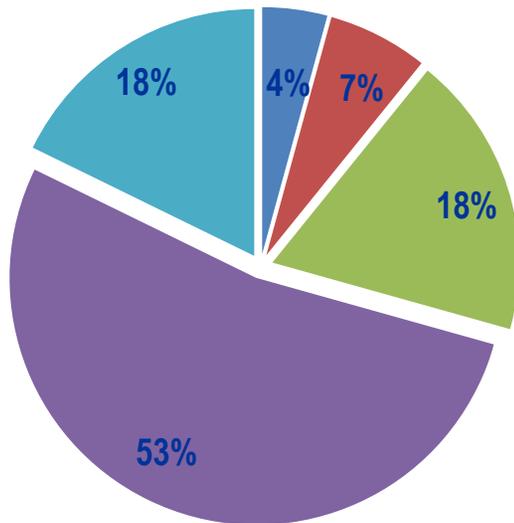
Età





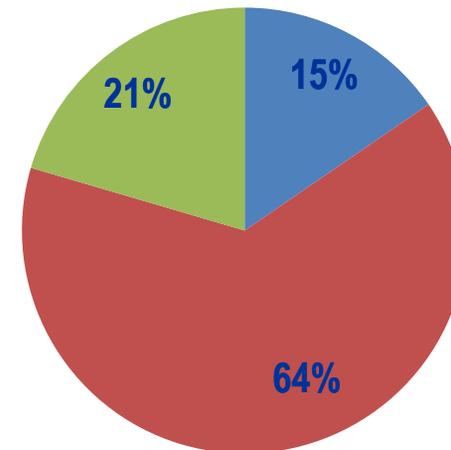
Valutazioni delle donne

Grado di violenza percepita



■ Nessuna ■ Lieve ■ Moderata
■ Pesante ■ Non sa/non dice

Percezione di reiterazione violenza



■ no ■ si ■ non sa/dato non raccolto

Storia completa di una presa in carico di rete

Sign. Maria 66 anni

Background:

Infanzia traumatica segnata da violenze intrafamiliari, vedova in seguito a matrimonio con uomo alcolista, una figlia con cui non ha rapporti (scoperta tossicodipendente a 17 anni), una relazione con un uomo, anch'egli deceduto, quindi rimasta sola a 64 anni circa

APR:

Anamnesi per disturbo depressivo ed etilismo acuto, pregressi ripetuti accessi in PS per ingestione di sostanze, abuso alcolico, agitazione psicomotoria; seguita, in passato, da uno dei CSM

Nuova relazione:

Conosce per strada un uomo 47enne che sembra gentile, affettuoso verso la cagnolina della Signora. L'uomo va a trovarla a casa e poi vi si trasferisce. La persona ha precedenti: condannato per violenza con pena di un anno agli arresti domiciliari, ha usufruito della misura alternativa in quanto alcolista.

Sviluppo della relazione:

Inizio delle violenze. L'uomo rompe oggetti di casa, fra cui una lavatrice con un martello. La aggredisce più volte.

Primo contatto con l'Ospedale:

Nel 2014 Maria arriva in PS, accompagnata dall'Assistente Sociale, per trauma cranico in seguito a episodio vertiginoso. Il giorno prima il convivente la aveva afferrata per la gola, minacciandola di buttarla giù dalla finestra, la aveva strattonata e colpita al capo. Il medico di PS redige referto giudiziario.

Si attiva accompagnamento al GOAP, accettato in un primo momento da Maria.

Non segue, però, una successiva effettiva presa in carico: sentita dalla PG, Maria minimizza le violenze e il caso viene archiviato.

Secondo accesso in PS:

Nel 2016 accesso in PS per frattura dello zigomo, che Maria riferisce da caduta accidentale. Viene creduta...

Terzo accesso in PS:

Il 23 marzo 2017 torna in PS per persistenza di dolore arto sup sx in riferita violenza da parte del convivente, avvenuta 1 settimana prima. Diagnosi: frattura pluriframmentata della meta-epifisi distale dell'ulna sx.

Si allontana da PS, viene contattata telefonicamente e promette di presentarsi il giorno dopo per valutazione Ortopedica.

Torna il 25 marzo, rifiuta l'indicazione a intervento chirurgico, posta dallo Specialista, per cui l'Ortopedico le applica gesso per 14 gg + successivi 10.

Non viene fatto referto giudiziario.

Quarto accesso in PS:

L'11 giugno ritorna in PS, nuovamente in seguito a violenza. Ricoverata in Medicina d'Urgenza. Il medico di Reparto contatta il Sostegno Donna nella persona della dott.ssa Pomicino, Psicologa. Viene effettuato un primo colloquio. Maria rifiuta il GOAP, ma accetta un ulteriore colloquio con la dott.ssa Pomicino, che riesce ad attivare la rete: Servizio Sociale, Microarea di competenza, Distretto, Amministratore di Sostegno della Signora (assegnato per questioni economiche proprio in relazione alle violenze subite)

La rete:

Si susseguono incontri di rete e colloqui individuali con Maria, che portano a una prima denuncia, da parte della Signora accompagnata dal suo Ads, il 13 luglio e a una seconda, accompagnata dalla dott.ssa Pomicino, il 15 agosto.

Il 19 agosto Maria chiama il responsabile della Microarea perché aggredita. Lui attiva le Forze dell'Ordine che arrestano l'uomo in flagranza di reato grazie alla presenza delle due denunce.

Provvedimenti:

L'uomo non fa rientro a casa. Viene emesso un ordine di protezione nei confronti di Maria, con divieto di avvicinamento.

Grazie al sostegno della rete, Maria ha avuto l'indispensabile supporto quando l'assenza dell'uomo è diventata per lei mancanza. E' riuscita ad andare autonomamente dai carabinieri a denunciare recentemente il fatto che lui le ha suonato di notte il campanello di casa

Conclusione:

La presenza della rete, oggi, ha fatto la differenza rispetto a tre anni fa, quando, da sola, Maria non è riuscita a sostenere il referto giudiziario emesso dall'Ospedale

Tornando in PS: CRITICITA'

- Impegno degli Enti coinvolti nel protocollo attualmente operativo in PS a garantire la sua prosecuzione, visti i risultati positivi, con il medesimo modello e lo stesso Personale di Sportello/reperibilità
- Redazione di un modello più omogeneo per i verbali di PS in caso di violenza
- Possibilità di stampare duplice copia del verbale, una “generica”, destinata alla paziente che rientra a domicilio, e una “specificata” in dotazione dell’Ospedale
- Maggiore omogeneità nella valutazione della prognosi

Grazie per l'attenzione

luisa.dudine@asuits.sanita.fvg.it
clara.ferreira@asuits.sanita.fvg.it