

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2014

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO: Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea. REVAMP

ENTE PARTNER: Regione Liguria (E.O. Ospedali Galliera)

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 7

REGIONI COINVOLTE:

numero: 7

elenco:

Nord Piemonte, Lombardia, Liguria

Centro Toscana, Lazio

Sud Basilicata, Sicilia

DURATA PROGETTO (max 24 mesi): 24 mesi

COSTO: 499.890 euro

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Paolo Cremonesi

struttura di appartenenza: E.O. Ospedali Galliera di Genova

n. tel: 010-5634766 n. fax: 010-57481208 E-mail: paolo.cremonesi@galliera.it

Allegato 1

TITOLO: Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea. REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum)

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione e analisi del problema

La violenza contro la donna è un importante e rilevante problema di salute pubblica che presenta un ampio spettro di tipologie e cause [1]: tra di esse la violenza da parte del partner o in ambito familiare o amicale è la forma più comune (Intimate Partner Violence: IPV). Le conseguenze sullo stato di salute della donna assumono diversi livelli di gravità che possono avere esiti fatali (ad es. femminicidio o interruzione di gravidanza), sino a condizioni di morbosità fisica (prevalentemente conseguenze di trauma, ustione avvelenamento o intossicazione) e psicologica con problemi di salute che includono il Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) [2], depressione, abuso di sostanze e comportamenti auto-lesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali, etc. [3, 4, 5, 6, 7]. In particolare, la prevalenza globale di violenza relazionale in ambito familiare è pari al 30,0% [1]. Secondo i dati OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, il 25,4% delle donne nella Regione Europea hanno subito una violenza fisica e/o sessuale dal partner o una violenza sessuale da un altro uomo [20].

In Italia, nell'ambito dell'indagine su "La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia", l'ISTAT nel 2006 ha valutato che il 31,9 % delle donne dai 16 ai 70 anni siano state vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della loro vita, di cui il 18,8 % per violenza fisica [8].

Dai dati di mortalità OMS [9] nell'Unione Europea (UE) i bambini di età inferiore a 1 anno sono tra i gruppi di popolazione con il maggior tasso di mortalità per violenza interpersonale (13 decessi ogni 10.000 bambini residenti), tale mortalità dipende al 70% da maltrattamento e negligenza, queste specifiche cause determinano circa il 50 % della mortalità pediatrica per violenza interpersonale. D'altronde, l'OMS [3] valuta come, anche in un paese industrializzato quali gli Stati Uniti d'America, i bambini soggetti a punizioni dure (quali essere colpiti con un oggetto non sul sedere) siano il 4% della popolazione pediatrica, mentre quelli soggetti a punizioni moderate, quali essere scossi o schiaffeggiati al volto o sulla testa, siano rispettivamente il 9 e il 4 %. Riguardo alla morbosità bisogna tenere conto del fatto che vi è un vasto livello di sottorilevazione (under-reporting) [3] sia per la violenza di genere, sia per quella sul bambino. Vi è abbondante evidenza del livello sostanziale al quale i traumi dovuti a violenza non vengono né investigati, né registrati dalle forze dell'ordine [10]. Addirittura a livello di mortalità sono presenti problemi di under-reporting per i casi di violenza [11]. Per questo motivo, ad esempio, il governo del Regno Unito ha deciso di affrontare il problema della violenza nelle comunità, basandosi sempre più sui dati derivati dai servizi di pronto soccorso ospedaliero (PS) e non sulle sole denunce di aggressione o maltrattamento alle autorità [8]. La violenza sulle donne è stata individuata quale priorità di salute nelle linee guida pubblicate dall'OMS nel 2013 e nella 67° risoluzione dell'Assemblea Mondiale sulla salute sul rafforzamento del ruolo dei servizi sanitari nell'affrontare la violenza, in particolare quella sulle donne e le ragazze. La raccomandazione del Consiglio dell'UE del 2007 sulla prevenzione delle lesioni e la promozione della sicurezza, individua tra le aree prioritarie d'intervento comunitario la prevenzione della violenza, particolarmente quella domestica sulla donna e sul bambino. Il Piano Nazionale di Prevenzione del Ministero della Salute 2014-18 nel macro-obiettivo di "promozione della salute mentale del bambino, adolescente e giovane" prevede tra i fattori di rischio da affrontare la violenza sessuale, l'abuso e la trascuratezza. Nei flussi di PS EMUR (EMergenza URgenza) di Piemonte, Toscana e Sardegna, dal 2011 utilizzati in tutti i centri di PS di queste regioni, si è osservato un tasso di accesso in PS per violenza di 1.300 donne ogni 10.000 residenti, oltre il 70% delle quali di età 15-49 anni. Inoltre, nell'ambito del progetto CCM 2011 SINIACA-IDB è stata avviata una rete di centri di pronto soccorso ospedaliero che ha adottato la rilevazione semplificata degli incidenti e della violenza, secondo il formato europeo IDB (Injury Database) [12], conforme alle linee guida OMS sulla sorveglianza delle lesioni [13]. Nel 2012 in 4 centri di PS sono stati osservati 439 casi di violenza su donne. Il 74,0% era della classe di età 18-64 anni. Nella maggior parte dei casi la violenza era stata perpetrata da uomini e l'ambiente prevalente della violenza era quello familiare (45,5%), in particolare da parte del

partner (39,7%). L'1,6% erano casi di violenza sessuale e riguardavano donne adolescenti e adulte, i corrispondenti dati europei della rete IDB mostrano che il 98 % della violenza sessuale riguarda donne. Il PS, inoltre, è un luogo dove non è raro osservare episodi di violenza sul bambino manifesti o latenti. Si stima che la prevalenza di casi di abuso o negligenza nei bambini visitati al PS sia compresa tra il 2 e il 10% [14]. In Italia lo studio multicentrico IChilMa ha rilevato il 2% di casi di sospetto maltrattamento, con danno osservabile, tra i bambini visitati in pronto soccorso pediatrico (da 163 a 204 ogni 10.000 bambini residenti) [15]. Nelle casistiche europee IDB i principali contesti di violenza in età pediatrica sono l'abuso sessuale, il bullismo e le liti. Una recente revisione sistematica degli studi statunitensi sul tema dell'abuso sessuale sul minore stima la prevalenza di questo fenomeno essere compresa tra il 7,5 e l'11,5 per cento della popolazione dei minori (10,7 - 17,4% per le ragazze; 3,8 - 4,6 per i ragazzi) [16].

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

La più recente letteratura scientifica indica come, sebbene sia necessaria ulteriore ricerca, il rafforzamento dei servizi sanitari sia lo strumento efficace per il contrasto del fenomeno della violenza sulla donna, nella forma di: i) sviluppo di protocolli e di capacità degli operatori e dei servizi, ii) effettivo coordinamento tra le istituzioni coinvolte nel tema, iii) creazione di reti di riconoscimento degli eventi di violenza [17]. Il pronto soccorso è un osservatorio privilegiato per intercettare gli abusi, in questa sede si può favorire l'emersione della violenza di genere in ambito relazionale e di quella sul minore, mediante specifiche procedure di riconoscimento [14], [18]. Il riconoscimento in PS mediante gli indicatori di triage per la violenza e, più in generale, l'utilizzo di procedure di screening clinico può portare a un incremento nell'emersione dei casi non dichiarati, ad esempio nel caso di IPV, secondo i dati di letteratura scientifica [19]. Con l'impiego delle più aggiornate metodiche di screening, tale aumento può essere molto significativo, come nel caso della violenza sul bambino [20]. D'altronde, nel corso dello sviluppo del protocollo di assistenza e sostegno delle vittime di violenza, denominato "Codice Rosa", ad esempio nel 2010, nel pronto soccorso della ASL di Grosseto, solo il 5% delle donne identificate quali vittime aveva già chiesto aiuto a un centro anti-violenza o ad altro servizio. Similmente, presso l'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma quando sono stati introdotti indicatori di triage specifici per la violenza, nelle procedure di screening per l'identificazione delle vittime di abusi, si è osservato un significativo aumento dei casi rilevati, in linea con i dati di prevalenza di letteratura scientifica. Le attività del progetto prevedono l'istituzione di un tavolo tecnico per l'esame dei diversi protocolli di riconoscimento e la definizione di uno standard di base, in modo che in tutti gli ospedali partecipanti siano garantite adeguate procedure di screening in PS. In questi ospedali sarà implementata la codifica europea IBD (Injury Database: sviluppata nell'ambito della Joint Action on Monitoring Injuries in Europe, UE-Stati membri) nella registrazione in PS degli eventi violenti, in modo da complementare i flussi EMUR (EMergenza URgenza) con informazioni sul contesto della violenza.

Le linee guida dell'OMS sul contrasto dell'IPV [21] raccomandano fortemente di avviare il colloquio con la vittima, sull'evento specifico della violenza, solo dopo che sia stato effettuato lo screening sulle condizioni cliniche associabili a violenza e solo ove siano state predisposte procedure operative per lo svolgimento del colloquio stesso. Il personale deve essere adeguatamente formato al riguardo e devono essere garantite condizioni di quiete, riservatezza e confidenzialità. Saranno valutati i diversi protocolli di risposta delle strutture ospedaliere partecipanti in modo da definire uno standard di base fondato sul concetto d'organizzazione di un'adeguata accoglienza e di un idoneo spazio di ascolto della vittima, con l'accompagnamento in un percorso privilegiato dall'accesso in PS all'effettuazione degli accertamenti diagnostici e terapeutici e con il supporto di un team specialistico, attivato dalle procedure di screening, che offra assistenza clinica. Partendo dal presupposto che numerose ricerche documentano la correlazione tra HIV e Violenza di genere [22], risulta necessario prevedere nel protocollo di presa in carico della donna vittima di violenza, uno screening per la diagnosi di alcune infezioni a trasmissione sessuale, attraverso un adeguato intervento comunicativo-relazionale che faccia riferimento a competenze di "counseling".

I protocolli dovranno anche prevedere di base la messa a punto di procedure "lean" per una corretta segnalazione dei casi alle forze dell'ordine, all'autorità giudiziaria e ai servizi sociali. Le linee guida dell'OMS sull'IPV raccomandano che alle donne - che presentino disordini mentali, dipendenze da sostanze o PTSD, a seguito di violenza - sia garantita assistenza di salute mentale da personale sanitario specialistico, formato anche sul tema della violenza sulla donna, nonché nei casi di violenza assistita sia garantito al bambino un intervento psicoterapeutico. Inoltre, il supporto deve essere anche materiale con servizi di "advocacy", orientamento e contatto con i servizi sociali a garanzia della sicurezza personale. Si definirà uno standard, comune a tutti i protocolli di presa in carico e accompagnamento del paziente, in cui il team multidisciplinare possa provvedere sostegno psicologico e socio-sanitario, mediazione culturale, con orientamento e accompagnamento all'utilizzo dei servizi territoriali. Il pronto soccorso può avviare una

risposta organica anche sul piano psico-sociale mettendosi in rete con i servizi territoriali di medicina generale e pediatria, i consultori, le forze dell'ordine e l'autorità giudiziaria e coinvolgendo le associazioni del privato sociale.

Come detto, la formazione specifica degli operatori del soccorso sull'assistenza alle vittime di violenza è fortemente raccomandata dalle linee guida dell'OMS. Nel progetto ci si propone di produrre materiale informativo/formativo per l'uso interno alla rete ospedaliera e l'auto-disseminazione via web dal sito ISS (Istituto Superiore di Sanità) dedicato alla sicurezza domestica. Gli scopi sono: a) il miglioramento della formazione delle figure professionali del Pronto Soccorso che identificano, accolgono e fanno emergere le situazioni di maltrattamento delle donne e dei bambini; b) l'informazione degli operatori della rete territoriale socio-sanitaria e giudiziaria che, a vario titolo, si occupano della presa in carico delle categorie fragili (famiglie, donne e bambini).

E', altresì, necessario valutare l'impatto della violenza sulla donna e sul bambino sullo stato di salute della popolazione, nonché analizzare i determinanti del fenomeno, anche mediante l'utilizzo incrociato delle informazioni sintetiche dai database ospedalieri di popolazione (ad es. flussi EMUR), di quelle analitiche di contesto della sorveglianza SINIACA-IDB e delle procedure di riconoscimento in PS. Tale valutazione sarà svolta dall'Istituto Superiore di Sanità e dagli osservatori epidemiologici regionali di Piemonte, Toscana e Lazio.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

L'adozione di specifiche procedure per il riconoscimento della vittima riflette l'obiettivo difficoltà d'individuazione delle situazioni di violenza, con conseguente situazione di under-reporting del fenomeno, legata ai problemi sociali e relazionali in contesto di violenza e a quelli di organizzazione della risposta sanitaria. Più in generale, in tutte le fasi d'intervento (riconoscimento, accoglienza e ascolto, presa in carico, accompagnamento), sarà necessario rifarsi sì a regole e linee guida locali, nazionali e internazionali, ma anche a evidenze scientifiche d'efficacia per innalzare la capacità di riconoscimento e migliorare gli esiti post traumatici.

L'E.O. Galliera, coordinatore del progetto con i suoi servizi in rete, con quelli dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino "IST" (Unità di Criminologia; Lab. di Igiene Osp. e Ambientale DISSAL - Dip. Scienze della Salute Univ. di Genova; DEA) e con quelli territoriali socio-sanitari ha adottato un modello d'intervento completo che copre tutte le fasi sopra citate. Questa rete prenderà parte alle attività progettuali.

Si valuterà l'efficacia dei protocolli impiegati negli ospedali della rete, mediante campionamento sistematico dei pazienti e follow-up a 3, a 6 e a 12 mesi, in funzione del tasso di partecipazione. Alle scadenze fissate, oltre all'esame obiettivo del paziente e ad accertamenti strumentali, si prevede il colloquio psicologico (incluso apposito questionario dell'operatore) insieme con la somministrazione di batterie di test psicologici e di qualità di vita (ad es. Davidson Trauma Scale per il PTSD, Hamilton Depression Scale, PGW-B test for QoL; SF-36 e WHOQOL-BREF 26 per la qualità della vita). Dove possibile, nella valutazione su sub-campione, si useranno tecniche di misura della modificazione del profilo epigenetico. Si valuterà la capacità di riconoscimento della vittima mediante confronto con contesti sanitari in cui non vi sia uno specifico protocollo (con particolare riferimento agli indicatori di triage) o questo sia diverso da quelli inclusi nella rete progettuale.

La diversità nella rete dei protocolli di riconoscimento e presa in carico della vittima (ad es. Codice Rosa, Demetra, Ginestra, Pazienti Fragili GPI-IGG, SVSeD) riflette la differenza nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e le differenti esperienze e problemi sociali a livello locale, fornendo una ricchezza d'approcci metodologici. Tuttavia, un'eccessiva frammentazione può costituire un problema in termini sia di comparabilità dei risultati, sia di coordinamento e organizzazione dei sistemi sanitari. Perciò, la soluzione proposta è un processo di armonizzazione dei protocolli, con individuazione degli elementi minimi comuni conformi alle linee guida dell'OMS e alle evidenze di efficacia. Si applicheranno procedure per il raggiungimento del consenso - in un gruppo di esperti formato dai referenti degli Istituti ospedalieri, delle ASL, dell'ISS e degli osservatori epidemiologici coinvolti nel progetto, nonché da altri esperti riconosciuti nel settore - sulla definizione di uno standard di base nei protocolli di riconoscimento e presa in carico delle vittime di violenza. Per l'attività d'informazione/formazione, date le risorse disponibili, non è possibile organizzare corsi o incontri frontali a livello centrale. Si procederà con la produzione di materiale documentale informativo/formativo, validato dal gruppo di esperti, disseminato mediante il sito web ISS e illustrato e distribuito (col supporto ISS) al personale di PS da parte del team anti-violenza delle unità operative ospedaliere del progetto, che distribuirà anche il materiale informativo nei servizi socio-sanitari territoriali e nelle organizzazioni del privato sociale afferenti all'ospedale. Infine, per ovviare al problema

della sottostima dell'incidenza del fenomeno, si ricaveranno, dall'analisi dei dati ottenuti mediante la sorveglianza IDB e l'uso dei protocolli di riconoscimento, parametri di correzione delle stime ottenute dai registri sanitari di popolazione. Peraltro, questo metodo consentirebbe di risolvere i noti problemi di sovrastima del fenomeno propri delle survey fondate sulle autodichiarazioni (anonime) delle vittime e di sottostima propri delle statistiche giudiziarie [15].

Bibliografia

- 1 WHO. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence Jun 2013
- 2 Shin N. Effects of child exposure to domestic violence on the child-parent relationship based on the child's ambivalence toward the parents. University of Minnesota PhD dissertation, July 2013.
- 3 WHO. World report on violence and health. 2002
- 4 Caetano R, Cunradi C. Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. *Ann Epidemiol*, 2003 Nov;13(10).
- 5 Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002 Apr 13;359(9314).
- 6 Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. 2002. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*, 2002 Nov, 23(4).
- 7 Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008 Apr 5;371(9619).
- 8 ISTAT. Violenza e maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. In *Statistiche in breve*, Roma 2007: www.istat.it
- 9 EuroSafe, Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2010-2012, Amsterdam, 2014
- 10 Warburton AL, Shepherd JP : Development, utilisation, and importance of accident and emergency department derived assault data in violence management. *Emergency Medicine Journal*, 2004, 21.
- 11 Institut de Veille Sanitaire (INVS). Analysis of injury related mortality in Europe (ANAMORT). Final implementation report of the ANAMORT-project. Paris : INVS, 2008.
http://www.invs.sante.fr/publications/2008/anamort/rap_anamort_120808_eng.pdf.
- 12 European Union Injury Database. http://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/idb/index_en.htm
- 13 Holder Y, Peden M, Krug E, et al (Eds). Injury surveillance guidelines. Geneva, World Health Organization, 2001.
- 14 Teeuw AR, Derkx BHF, Koster WA and van Rijn RR. Educational paper. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr*, Jun 2012; 171(6).
- 15 Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T, on behalf of IChilMa (Italian Child Maltreatment study group). Observational study of suspected maltreatment in Italian paediatric emergency departments. *Arch Dis Child* 2005;90.
- 16 Townsend C, Rheingold A.A. Estimating a Child Sexual Abuse Prevalence Rate for Practitioners: A Review of Child Sexual Abuse Prevalence Studies. Charleston, S.C., Darkness to Light.
- 17 García-Moreno C, Hegarty K, Flavia Lucas d'Oliveira A, Koziol-MacLain A, Colombini A, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*, Early Online Publication, 21 November 2014.
- 18 Assessorato ai Diritti Umani e alle Pari Opportunità. Individuare la violenza domestica, manuale per gli operatori. Regione del Veneto, 2010.
- 19 O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 May 12;348.
- 20 Diderich HM, Fekkes M, Verkerk PH, Pannebakker FD, Velderman MK, Sorensen PJ, Baeten P, Oudesluys-Murphy AM. A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2013 Dec;37(12).
- 21 WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization, 2013.
- 22 WHO. Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic. World Health Organization, 2013.

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

Armonizzazione e valutazione di efficacia dei protocolli di: riconoscimento, accoglienza, presa in carico e accompagnamento dei casi di violenza sulla donna, in ambito relazionale, o sul bambino.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Registrazione degli eventi violenti in Pronto Soccorso (PS) secondo un Minimum Data Set (MDS) comune: l'adozione della codifica analitica europea IDB (Injury Database) e l'utilizzo dei flussi EMUR (EMergenza URgenza) di PS.

Attività 1: verifica stato sistemi informativi di PS ed eventuali necessità di aggiornamento o modifica software.

Attività 2: consegna manuali di codifica SINIACA-IDB Violenza

Attività 3: sensibilizzazione e formazione operatori della rilevazione.

Attività 4: eventuale aggiornamento o modifica sistemi informativi di PS o, alternativamente, installazione del software SINIACA-IDB Violenza.

Attività 5: rilevazione dati.

Attività 6: controllo qualità dati.

Attività 7: estrazione dati flussi EMUR (EMergenza URgenza) da software centralizzato ospedaliero e record linkage con SINIACA-IDB Violenza.

Attività 8: elaborazione e analisi dati.

Attività 9: produzione rapporto finale descrittivo dati SINIACA-IDB ed EMUR

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Armonizzazione e valutazione di efficacia (esiti di trauma e psicologici, PTSD e possibili modificazioni nel profilo epigenetico), mediante follow-up del paziente, dei protocolli di: riconoscimento, accoglienza, presa in carico, accompagnamento (Codice Rosa, Demetra, Ginestra, SVSeD, Pazienti Fragili GPI-IGG, screening abuso minore OPBG-JCI) della vittima di violenza.

Attività 1: raccolta e analisi dei protocolli e della letteratura scientifica.

Attività 2: messa a punto delle procedure di campionamento dei pazienti

Attività 3: definizione e implementazione nelle linee guida di triage ospedaliero degli indicatori per lo screening di eventi violenti.

Attività 4: costituzione del gruppo tecnico di armonizzazione dei protocolli e inizio del lavoro dei sottogruppi per fase di assistenza

Attività 5: formazione degli operatori di pronto soccorso allo screening degli eventi violenti al triage.

Attività 6: inizio dello screening al triage degli eventi violenti.

Attività 7: inizio follow-up, primo trimestre

Attività 8: redazione documento, analisi, discussione e raggiungimento del consenso sugli standard minimi per le procedure di riconoscimento della vittima.

Attività 9: redazione documento, analisi, discussione e raggiungimento del consenso sugli standard minimi per le procedure di accoglienza della vittima.

Attività 10: inizio follow-up, secondo trimestre

Attività 11: redazione documento, analisi, discussione e raggiungimento del consenso sugli standard minimi per le procedure presa in carico della vittima.

Attività 12: redazione documento, analisi, discussione e raggiungimento del consenso sugli standard minimi per le procedure di accompagnamento della vittima.

Attività 13: inizio follow-up, ultimo semestre

Attività 14: elaborazione e analisi dati follow-up e valutazione di efficacia

Attività 15: produzione rapporto di consenso sugli standard minimi dei protocolli di: riconoscimento, accoglienza, presa in carico, accompagnamento della vittima di violenza.

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Sviluppo di strumenti d'informazione e formazione degli operatori sanitari e di promozione della salute nella popolazione, basati sulle evidenze epidemiologiche, per il contrasto della violenza in ambito relazionale subita o assistita da parte della donna o del bambino. Disseminazione risultati di progetto.

Attività 1: produzione materiale informativo/formativo

Attività 2: disseminazione via pagina web ISS sulla sicurezza domestica d'informazioni sulla violenza sulla donna, in ambito relazionale, e sul bambino.

Attività 3: distribuzione ai servizi territoriali afferenti agli ospedali della rete del materiale informativo/formativo.

Attività 4: distribuzione e illustrazione al personale di pronto soccorso del materiale informativo/formativo.

Attività 5: valutazione del livello di acquisizione delle informazioni da parte del personale di PS.

Attività 6: organizzazione di convegno finale per la disseminazione dei risultati di progetto.

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

I determinanti socio-culturali della violenza sulla donna e sul bambino: uso delle informazioni di contesto dai registri analitici di Pronto Soccorso (secondo scheda europea IDB di rilevazione violenze) e dai protocolli di riconoscimento; valutazione dell'incidenza e identificazione dei gruppi di popolazione ad alto rischio dai registri sintetici di Pronto Soccorso ed EMUR.

Attività 1: Acquisizione, validazione, documentazione e integrazione delle fonti dati utili.

Attività 2: stima d'incidenza degli eventi di violenza determinanti accesso ai servizi sanitari, con valutazione dell'impatto sanitario.

Attività 3: analisi degli accessi ripetuti in Pronto Soccorso per definire un indicatore predittivo di violenza domestica o sessuale.

Attività 4: analisi delle specifiche tipologie di trauma per sede, gravità e dinamica, secondo il gruppo a rischio considerato.

Attività 5: analisi del contesto dell'aggressione, della relazione vittima-aggressore, delle caratteristiche demografiche e sociali dell'aggressore.

Attività 6: individuazione di gruppi specifici a maggiore rischio di violenza domestica o sessuale, per sesso, età, luogo di residenza, nazionalità, status socio-economico.

Attività 7: Produzione report su impatto di popolazione e fattori di rischio di violenza sulla donna e sul bambino.

CAPO PROGETTO: Paolo Cremonesi		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
E.O. Galliera di Genova	Paolo Cremonesi Direttore SC Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (Pronto Soccorso)	- Coordinamento Generale di progetto - Coordinamento gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: da 1 a 15 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: da 3-5
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Istituto Superiore di Sanità	Alessio Pitidis Direttore Reparto Ambiente e Traumi Responsabile sistema sorveglianza SINIACA-IDB	- Supporto alle attività di coordinamento Generale di progetto - Facilitazione lavori gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1

		attività: 1-9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 1-4, 8, 9, 11, 12, 15, 16. - Supporto alle altre UO per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 5-7, 10, 13, 14 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 2, 5, 6 - Supporto alle altre UO per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 3, 4 - Coordinamento attività obiettivo 4
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
Azienda Ospedaliero Universitaria – Città della Salute e della Scienza di Torino	Patrizio Schinco Responsabile Centro Supporto e Ascolto Contro la Violenza DEMETRA -Presidio Molinette	- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
ASLTO2-Ospedale S. Giovanni Bosco	Teresa Emanuele Coordinatrice Equipe Antiviolenza ASL TO2	- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico- Milano	Alessandra Kustermann Direttore UOC PS e Accettazione Ostetrico-Ginecologica, Responsabile Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD)- Clinica Mangiagalli Milano	- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14

		- Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
IRCCS G. Gaslini di Genova	Carla Debbia UOC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza pediatrica IP Epidemiologia clinica compresi gli incidenti in P.S. e gli avvelenamenti	- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7
Unità Operativa 7	Referente	Compiti
ASL 9 Grosseto	Vittoria Doretti Responsabile Centro di Coordinamento Vittime di Violenza Task Force Interistituzionale ASL 9 - Procura della Repubblica Responsabile Educazione e Promozione alla Salute - Direzione Sanitaria	- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7
Unità Operativa 8	Referente	Compiti
IRCCS Bambino Gesù - Ospedale Pediatrico di Roma	Antonino Reale Responsabile UOC Pediatria dell'Emergenza	- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento

		compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7
Unità Operativa 9	Referente	Compiti
Centro Pediatrico Bambino Gesù Basilicata – AOR “San Carlo” di Potenza	Michele Salata Direttore Centro Pediatrico UOC Pediatria	-- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7
Unità Operativa 10	Referente	Compiti
ARNAS Ospedale Civico, G. Di Cristina, Benfratelli - PO Civico e Benfratelli di Palermo	Maria Zambito - Referente Agostino Geraci - Direttore UOC Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (Pronto Soccorso)	- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7
Unità Operativa 11	Referente	Compiti
ASL 7 Siena	Lucilla Romani Unità Funzionale Attività Consultoriali Direttore Zona Distretto Amiata-Val d'Orcia	- Partecipazione a gruppo tecnico protocolli - Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1, 3, 4, 5, 7 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 9 - Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 3-14 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 2 attività: 16 - Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 3-4 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1, 2 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 3-7

Unità Operativa 12	Referente	Compiti
ASP Trapani	Antonio Sparaco Direttore UO Coordinamento Attività di Prevenzione	- Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 1 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 3 attività: 2-4, 6
Unità Operativa 13	Referente	Compiti
ASL TO3 - Regione Piemonte	Carlo Mamo Servizio Sovrazonale di Epidemiologia	- Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 1-6 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 7 - Supporto UO 3 e 4 per Svolgimento compiti obiettivo 1 attività: 1-9
Unità Operativa 14	Referente	Compiti
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana	Fabio Voller Dirigente Settore Sociale dell'Osservatorio di Epidemiologia	- Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 1-6 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 7
Unità Operativa 15	Referente	Compiti
Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio	Sara Farchi Dipartimento di Epidemiologia	- Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 1-6 - Supporto per Svolgimento compiti obiettivo 4 attività: 7

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	
Indicatore/i di risultato	Percentuale degli ospedali della rete progettuale che potranno garantire protocolli di riconoscimento, accoglienza, presa in carico, accompagnamento del paziente in linea con gli standard minimi, secondo le linee guida OMS sul contrasto dell'IPV e le evidenze scientifiche di efficacia delle azioni di risposta sanitaria alla violenza sulla donna e il bambino
Standard di risultato	70%

OBIETTIVO SPECIFICO 1	
Indicatore/i di risultato	Percentuale dei centri di PS della rete progettuale che avranno attivato la sorveglianza europea IDB per la violenza
Standard di risultato	70%

OBIETTIVO SPECIFICO 2	
Indicatore/i di risultato	Percentuale dei Centri di PS della rete progettuale che avranno aggiornato le procedure triage per il riconoscimento dei casi di violenza secondo gli standard di progetto
Standard di risultato	70%

OBIETTIVO SPECIFICO 3	
Indicatore/i di risultato	Percentuale di servizi socio-sanitari nelle aree territoriali afferenti agli ospedali della rete progettuale raggiunti dalla distribuzione del materiale informativo; percentuale degli operatori del pronto soccorso della rete ospedaliera di progetto valutati prima e dopo la distribuzione del materiale informativo/formativo mediante questionario
Standard di risultato	75% dei servizi territoriali della rete di progetto raggiunti; 75% del personale di pronto soccorso della rete di progetto valutato

OBIETTIVO SPECIFICO 4	
Indicatore/i di risultato	Percentuale minima della popolazione italiana su cui sarà valutata la prevalenza di violenza sulla donna e sul bambino e il numero di accessi ripetuti in PS quale fattore predittivo di violenza
Standard di risultato	10% della popolazione italiana

CRONOGRAMMA

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Obiettivo specifico 1	Attività 1	x	x	x	x																				
	Attività 2			x	x	x	x																		
	Attività 3			x	x	x	x																		
	Attività 4			x	x	x	x																		
	Attività 5							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
	Attività 6												x	x	x	x	x	x	x	x					
	Attività 7												x	x	x	x	x	x	x						
	Attività 8																			x	x	x	x	x	
	Attività 9																						x	x	x
Obiettivo specifico 2	Attività 1	x	x	x	x	x	x																		
	Attività 2	x	x	x	x	x	x																		
	Attività 3			x	x	x	x																		
	Attività 4							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Attività 5				x	x	x																		
	Attività 6							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

[illegible]

