

D.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna



OSPEDALE FATEBENEFRATELLI E OFTALMICO
Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale
MILANO

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

DONNE E VIOLENZA DOMESTICA: DIAMO VOCE AL SILENZIO

**Raccomandazioni sulla
violenza sulle donne
(Intimate partner violence)
per operatori sanitari**

Alessandra Bramante • Giovanni Filocamo • Claudio Mencacci
Introduzione a cura di Alessandra Kustermann

Prima di scorrere queste pagine è bene ricordare che l'Uomo è l'unico essere vivente che uccide e violenta i propri simili, siano essi bambini, donne, anziani. Discutere di questi fenomeni non è un esercizio di retorica e non è finalizzato a soddisfare un egoismo personale ma è il tentativo di perseguire un obiettivo per motivi etici, morali e deontologici.

Una battaglia contro l'indifferenza.

Obiettivi formativi dell'iniziativa

Aggiornare le conoscenze degli operatori sul fenomeno della violenza interpersonale e sulle sue ricadute a breve e a lunga distanza, sulla salute dei cittadini

Rivalutare gli strumenti operativi che il personale sanitario ha a disposizione per contrastare e ridurre il fenomeno della cronicizzazione dei sintomi, alla luce delle effettive difficoltà delle vittime dell'abuso

Facilitare la costruzione dei piani di sicurezza per le donne coinvolte nel fenomeno

Costruire un linguaggio comune fra tutti gli operatori

O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) nel 1947 ha definito la salute come "stato di benessere fisico, psichico e relazionale", di conseguenza nel momento in cui uno di questi tre elementi è alterato si può rilevare lo stato di "malattia". In quest'ottica la salute femminile deve essere sempre più oggetto di un'attenzione politica e sociale. L'evoluzione civile della società vede aumentare ogni giorno il numero di donne che raggiungono la prima linea anche in campo lavorativo, con inevitabili aggravamenti di situazioni di stress che concorrono all'usura delle risorse psico - fisiche che le donne devono utilizzare anche sul fronte familiare.

Il doppio lavoro, la propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri e poi di quelli propri, un interesse per la salute femminile prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi, la limitata partecipazione delle donne agli studi clinici sui nuovi farmaci: sono tutti fattori che dimostrano come le donne siano ancora svantaggiate, rispetto agli uomini, nella tutela della loro salute.

Peraltro, vivendo più a lungo degli uomini, le donne sono anche maggiormente soggette a patologie di tipo cronico, consumano più farmaci e svolgono un ruolo importante all'interno della famiglia nell'assicurare l'appropriatezza delle cure, per il partner e per i figli.

Le donne, inoltre, sono sottoposte a condizionamenti di vario genere (di tipo familiare, lavorativo, mediatico, ecc.) che ne limitano la libertà di azione.

Tutte queste considerazioni hanno portato nel 2005 a costituire O.N.Da, un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che si propone di studiare le principali problematiche e tematiche di salute femminili.

Promuovendo studi, pubblicazioni, convegni, campagne di comunicazione ed altre attività che identifichino le differenze di genere tra uomo e donna, l'Osservatorio vuole contribuire a delineare nuove strategie per raggiungere l'equità in tema di salute.

O.N.Da si propone inoltre di promuovere e divulgare la ricerca di base e clinica sulle principali malattie legate alla salute femminile e di valutare l'impatto sociale ed economico, nonché le implicazioni giuridiche ed assicurative, al fine di suggerire strategie per una migliore allocazione delle risorse.

L'Osservatorio ha anche l'obiettivo di valorizzare il ruolo della donna nella società, in funzione della promozione del proprio e altrui benessere, sollecitando azioni educative in merito ai fattori di rischio, all'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce, nonché sugli stili di vita più salutari.

Francesca Merzagora

Presidente, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Milano

Prefazione

Violenza: un problema di Salute Pubblica globale

Negli ultimi 30 anni la violenza nella popolazione generale è drasticamente aumentata. Le ragioni sono complesse e sono diversi i fattori scatenanti che ne condizionano le modalità espressive, e che sono correlati ai cambiamenti sociali. Nel 2002, la World Health Organization (WHO) ha pubblicato i risultati del primo studio mondiale sulla violenza: nel 2000 ben 1.6 milioni di persone hanno perso la vita a causa di qualche forma di violenza.

La violenza è responsabile del 14% delle morti tra i maschi con età compresa tra i 15 e i 44 anni, e del 7% delle femmine. Nel mondo in un giorno, mediamente, 1.424 persone sono uccise per omicidio volontario.

Numerosi studi scientifici hanno indicato oltre 134 variabili di fattori di rischio e un'associazione statistica tra violenza e fattori socio-economici e ambientali, culturali, criminologici, accessibilità alle armi, influenza dei mass-media, oltre a elementi più personali. Ad esempio, essere maschi giovani con instabilità residenziale e lavorativa; avere alle spalle abusi di alcol e stupefacenti; avere subito violenze in età infantile; essere stati a contatto con genitori criminali e facenti uso di sostanze, avere vissuto in contesti sociali e ambientali disagiati e violenti.

La violenza è un comportamento, un'aggressione fisica verso terzi o verso oggetti e ne conosciamo numerose declinazioni: interpersonale (abuso e abbandono di minori, violenza giovanile, violenze tra partner, abuso di anziani, violenza sessuale) autodiretta (il suicidio è la 4° causa di morte nella fascia di età 15-44) collettiva (guerre, rivolte, terrorismo, criminalità organizzata, genocidio, altre violazioni dei diritti umani su larga scala).

La nostra civiltà è sempre più violenta?

Sicuramente spesso l'abuso di sostanze favorisce l'insorgenza di patologie psichiche e la compresenza di queste due condizioni ha un effetto moltiplicativo sul rischio di episodi di violenza e aggressività. L'uso di sostanze, cocaina in particolare, triplica il rischio di violenza nella popolazione in generale e l'aumenta di 5 volte in quella psichiatrica.

Oltre il 65% degli episodi violenti avvengono a seguito di abuso di alcol e/o droghe. Appare quindi sempre più evidente come si stia modificando l'espressione della sofferenza psichica verso una prevalenza di manifestazioni comportamentali "a corto circuito" e a rischio di agiti aggressivi.

Troppo spesso però ci si scaglia sulle persone affette da disturbi psichici dimenticandoci che sono più frequentemente (rischio 6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale) vittime di violenza più che autori (con un rischio sei volte maggiore rispetto alla popolazione generale).

Va quindi separata l'associazione disturbo psichico/violenza e vanno riconosciuti i soggetti con tendenza a comportamenti violenti che spesso non sono "sofferenti di patologia psichica", bensì persone con scarsa tolleranza alla frustrazione, con tendenza all'impulsività, spesso con personalità antisociale e che presentano nella loro storia personale comportamenti delinquenziali e abuso di alcol e altre sostanze. La violenza è in aumento e costituisce anche un problema di **salute pubblica globale**. Dobbiamo quindi incoraggiare i sistemi di salute pubblica affinché svolgano un ruolo più attivo nel contrastare la violenza, spesso prevedibile e preventivabile.

Nel mondo ogni 8 minuti viene uccisa una donna, in Italia ogni 3 giorni. Il fenomeno della violenza domestica non è solo un problema medico, è un fenomeno complesso, la cui soluzione richiede un coinvolgimento delle Istituzioni e del tessuto sociale del nostro Paese. La prevalenza del fenomeno in Italia è leggermente più bassa di quella registrata in altri Paesi, ma i dati ISTAT confermano che anche nel nostro Paese questo fenomeno è caratterizzato da un "sommerso" attorno al 90%.

Dal 2000 al 2005 in Italia gli omicidi in famiglia sono stati 1.190 e in quasi tutti i casi (1.081) le vittime erano donne.

I bollettini di "guerra" sulla violenza domestica sono stati 119 lo scorso anno (106 nel 2006). Da giugno a fine agosto 2010 sono state uccise 20 donne per mano di assassini che, per oltre il 90% dei casi, avevano precedenti per violenza, reati e abuso di alcool e sostanze. Nel 70% dei casi, inoltre, il luogo dell'omicidio è rappresentato dalla casa della vittima.

La violenza in ambito familiare, soprattutto da parte del partner o dell'ex partner, è l'evento più frequente. Fino al 90% avviene in corso di gravidanza, tanto che la violenza rappresenta la seconda causa di morte per le donne in stato interessante, seconda solo all'emorragia.

'Uomini che odiano le donne' non sono un'invenzione letteraria, ma una drammatica realtà sulla quale sensibilizzare l'opinione pubblica e i medici di medicina generale.

Eppure, nonostante questo bollettino di guerra, solo da qualche anno abbiamo cominciato a trattare quest'argomento. Infatti, contrariamente a quanto si vede nella letteratura anglosassone, dove in qualunque testo di pratica medica indirizzato ai medici di famiglia è previsto un capitolo in cui sono suggerite le strategie da considerare nei casi di violenza interpersonale, nella letteratura dedicata al medico di famiglia italiano sono rari i contributi finalizzati a questo argomento e sono pochi gli strumenti a disposizione.

Tutti i contributi degli autori internazionali sono comunque concordi nell'assegnare un ruolo importante al medico di assistenza primaria, al ginecologo, al pediatra di libera scelta e al geriatra nella quotidiana battaglia che le Istituzioni hanno ingaggiato contro il fenomeno.

Per combattere la violenza domestica è quindi necessario anche un cambiamento personale degli operatori, professionale delle strutture sanitarie coinvolte, politico delle Istituzioni che devono pianificare, organizzare e facilitare gli interventi di ciascun operatore.

L'accusa che talvolta è rivolta ai medici è quella di essere lontani dalle necessità di salute degli assistiti. Questa battaglia di noi medici, in questo caso, rappresenta una battaglia per tutta la popolazione, per le donne, per i soggetti deboli della nostra Società, talvolta molto medicalizzati ma poco "curati".

Non esiste alcuna scusa per la violenza: per gli abusi, per i silenzi e per il disinteresse.

Non credo che, come afferma Sofky, *"La violenza è il destino della nostra specie. Ciò che cambia sono le forme, i luoghi e i tempi, l'efficienza tecnica, la cornice istituzionale e lo scopo legittimante"* ma che, come ricorda Einstein, *"Il mondo è pericoloso non a causa di chi fa del male, ma a causa di chi guarda e lascia fare"*.

Claudio Mencacci

**Direttore Dipartimento di Neuroscienze A.O.Fatebenefratelli - Oftalmico, Milano
Presidente, Società Italiana di Psichiatria**

Introduzione

La violenza intrafamiliare è diffusa trasversalmente tra tutti gli strati sociali, non dipende dall'alcolismo, dalla tossicodipendenza o da patologie psichiatriche. Non vi è una caratteristica ricorrente nei partner violenti, ma possono essere individuati dei fattori di rischio e tra questi i principali sono essere stato figlio di un padre o di una madre maltrattante e aver assistito al maltrattamento della propria madre.

Questo manuale offre agli operatori sanitari raccomandazioni e strumenti conoscitivi per la diagnosi del maltrattamento. In genere le donne sono le vittime e gli uomini gli autori di questo tipo di violenze nelle relazioni interpersonali ma, in più rari casi, anche una donna può mettere in atto comportamenti maltrattanti. I medici di medicina generale, gli operatori sanitari dei servizi pubblici, anche se hanno incontrato nella loro professione persone che hanno subito violenze, maltrattamenti fisici o psicologici, difficilmente le hanno riconosciute.

Vi è un'intrinseca difficoltà nel riconoscere ciò che quelle stesse persone hanno scelto di nascondere, mimetizzando la violenza subito dietro una più rassicurante dichiarazione di lesione da incidente occasionale. Anni di studio e l'esperienza professionale ci hanno insegnato come comportarci con una persona malata che si rivolge a noi in base ad un patto esplicito, mentre scarsa è la nostra preparazione al riconoscimento dei segnali inespressi. Non siamo stati abituati ad indagare sulle reali motivazioni che portano gli individui a richiedere il nostro aiuto, sui conflitti di coppia, sugli ulteriori elementi di fragilità delle persone.

Tuttavia, se vogliamo prevenire la lunga catena di violenze e di danni sociali che scaturiscono dalla violenza intrafamiliare, e che si perpetueranno nei figli una volta divenuti adulti, dobbiamo imparare ad ascoltare in modo diverso, a prestare attenzione ad altro, anche alle parole non dette, perché troppo difficili da pronunciare. Purtroppo gli ambulatori medici e gli ospedali non sono luoghi dove è facile trovare il tempo per curare con attenzione ferite nascoste o per comprendere il contesto sociale e familiare delle persone che si rivolgono a noi. L'ascolto, la comprensione, l'empatia sono necessari, ma non sufficienti a determinare una scelta di uscita dalla violenza, che richiede per la donna di iniziare un percorso ben più lungo e tortuoso.

Le facili certezze in questo campo sono destinate a scontrarsi presto con le soggettive difficoltà della vittima. A parte i casi in cui il maltrattamento intrafamiliare per la

continuità degli episodi di violenza diviene un reato procedibile d'ufficio, un operatore sanitario che si trovi di fronte una donna, che magari per la prima volta trova il coraggio di parlare, ha il dovere di informarla sulle opzioni possibili e sulla rete di servizi pubblici o di volontariato sociale in grado di fornire un aiuto competente, anche rispetto ai suoi diritti legali. Aprire una porta verso la speranza di uscire da una situazione violenta, rispettando i bisogni e i tempi della donna, vuol dire non esercitare, anche se con ottime intenzioni, una prevaricazione per costringerla ad aderire ad un progetto di separazione dal partner violento. È fondamentale mantenere la consapevolezza che questi eventi, specie se in atto da un lungo periodo, determinano in chi ne è vittima un'alterata percezione di sé, delle proprie reali risorse, un senso di fallimento e di isolamento, un'incapacità di immaginare un'autonomia economica o psicologica dal partner.

Bisogna tenere presente che per alcune quella relazione è ancora importante, per altre l'ammissione di una sconfitta è impossibile, per altre l'unione della famiglia è un valore da salvaguardare ad ogni costo, solo per poche la consapevolezza di correre un pericolo è un motivo sufficiente per fuggire. La cultura, le pressioni familiari e amicali, i figli contribuiscono a rendere impervia la strada della separazione.

Lo stesso partner maltrattante non è sempre violento, spesso alterna fasi di prevaricazione a fasi di debolezza, fragilità e dipendenza dal rapporto affettivo instaurato. Questi comportamenti contraddittori contribuiscono a confondere sempre di più la donna, che è a sua volta dibattuta tra la speranza che la violenza non si ripeta più, il desiderio di riuscire prima o poi a cambiare il suo compagno, la sensazione di essere stata colpevole o causa scatenante dell'aggressione subita. È necessario, quindi, essere coscienti che per aiutare una donna con queste difficoltà è necessario prevedere l'intervento di professionalità differenti, che garantiscano un intervento anche psicologico e sociale, spesso di lungo periodo.

Alessandra Kustermann

Direttore di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

1. *Razionale del problema*

Già dal 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la violenza interpersonale come un problema di salute pubblica, che può essere identificato e trattato precocemente, al fine di ridurre e minimizzare le complicazioni e la gravità delle ricadute sulla salute dei cittadini. La comunità scientifica ha definito che un problema sanitario, per essere considerato di rilevanza pubblica, deve essere: **a.** Abbastanza grave da incidere sulla qualità e quantità della vita (l'abuso è un fatto grave, quando una donna è abusata, può subire danni che possono portarla a una morte prematura). **b.** Il trattamento deve essere disponibile e accettabile (è possibile trattare le precocemente le ricadute degli abusi per ridurre la gravità con i consueti strumenti terapeutici) **c.** La condizione deve avere un periodo di assenza di sintomi, durante il quale la diagnosi precoce e trattamento riducono sostanzialmente la morbilità e la mortalità (spesso trascorrono molti anni fra l'inizio degli abusi e il momento in cui la donna riesce a trovare le condizioni per uscirne).

La violenza domestica è conosciuta con diverse denominazioni: **abuso domestico, violenze coniugali, violenza interpersonale.** Può essere ampiamente definita come un pattern di comportamenti abusivi da parte di uno o entrambi i costituenti di un nucleo familiare uniti in un rapporto intimo come il matrimonio, famiglia, amici o la convivenza.^(B1) La violenza domestica ha molte manifestazioni tra cui l'aggressione fisica (colpire con calci, morsi, spintoni, schiaffi, lancio di oggetti) oppure le manifestazioni di repressione o di minaccia, l'abuso sessuale, il maltrattamento psicologico, l'intimidazione, lo stalking, la negligenza e la privazione economica.^(B1) Più specificatamente con il termine "violenza domestica" si intende la violenza sessuale, che può includere anche un abuso psicologico; entrambe queste forme di abuso spesso, ma non sempre, sono accompagnate da una violenza fisica.

Il fenomeno, che almeno all'inizio sembrava caratterizzare la realtà di altri Paesi, è stato studiato dall'ISTAT che ne ha fotografato le caratteristiche in Italia in due rapporti successivi nel 2007 e nel 2009.^(B2) Solo nel 2009 sono state stimate in **6 milioni 743 mila** le donne, da 16 a 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita, mentre sono ben **5 milioni** le donne che hanno subito violenze sessuali (23,7%), **3 milioni 961 mila** quelle che hanno subito violenze

fisiche (18,8%), **circa 1 milione** di esse ha subito stupri o tentati stupri (4,8%). **Le donne subiscono più forme di violenza**, infatti, un terzo delle vittime subisce atti di violenza sia fisica sia sessuale.

La maggioranza delle vittime subisce violenze ripetute. La violenza ripetuta avviene più frequentemente da parte del "partner" che dal "non partner" (67,1% contro 52,9%). Tra tutte le violenze fisiche rilevate, è più frequente l'essere spinta, strattonata, afferrata, l'aver avuto storto un braccio o i capelli tirati (56,7%), l'essere minacciata di essere colpita (52,0%), schiaffeggiata, presa a calci, pugni o morsi (36,1%), segue l'uso o la minaccia di usare pistola o coltelli (8,1%) o il tentativo di strangolamento o soffocamento e ustione (5,3%). Tra tutte le forme di **violenze sessuali**, le più diffuse sono le molestie fisiche, cioè l'essere stata toccata sessualmente contro la propria volontà (79,5%), l'aver avuto rapporti sessuali non desiderati vissuti come violenza (19,0%), il tentato stupro (14,0%), lo stupro (9,6%) e i rapporti sessuali degradanti ed umilianti (6,1%). Il 14,3% delle donne, con un rapporto di coppia attuale o precedente, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner, mentre, se si considerano le donne con un ex partner, la percentuale arriva al 17,3%. Il 24,7% delle donne ha subito violenze da un altro uomo. La violenza fisica è più di frequentemente operata dai partner (12% contro 9,8%) mentre la violenza sessuale dagli ex partner (6,1% contro 20,4%). La differenza, infatti, è quasi nulla per gli stupri e i tentati stupri.

Le violenze domestiche sono in maggioranza eventi gravi, infatti, il 34,5% delle donne ha dichiarato che la violenza subita è stata molto grave, mentre il 29,7% la riferisce come abbastanza grave. In occasione della violenza subita, il 21,3% delle donne ha avuto la sensazione che la loro vita fosse in pericolo, ma solo il 18,2% di loro ha considerato la violenza subita in famiglia un reato, per il 44% è stata qualcosa di sbagliato, per il 36% solo qualcosa che è accaduto. Anche nel caso di stupro o tentato stupro, solo il 26,5% delle donne lo ha considerato un reato. Il 27,2% delle donne ha subito ferite a seguito della violenza, che nel 24,1% dei casi sono state gravi, al punto da richiedere il ricorso a cure mediche. Le donne che hanno subito più violenze dal partner, hanno riferito, come conseguenza dei fatti subiti, la perdita di fiducia e autostima, sensazione d'impotenza (44,5%), disturbi del sonno (41,0%), ansia (36,9%), depressione (35,1%), difficoltà di concentrazione (23,7%), dolori ricorrenti in 3 diverse parti del corpo (18,5%), difficoltà a gestire i figli (14,2%), idee di suicidio e autolesionismo (12,1%).

Nonostante queste caratteristiche, nella **quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate**. Il sommerso è elevatissimo e raggiunge circa il 96% delle violenze perpetrate da un “non partner” e il 93% di quelle da “partner”. Anche nel caso degli stupri la quasi totalità non è denunciata (91,6%). È consistente la quota di donne che non parla con nessuno delle violenze subite, il 33,9% di quelle subite dal partner e 24% per quelle da “non partner”. ^(B2)

La violenza interpersonale è in parte direttamente collegata ad abuso di alcol o altre droghe^(B3), ha una comorbilità con il disagio psichico^(B4), presenta quindi notevoli ricadute sulla salute dei cittadini coinvolti e sulle risorse del SSN. ^(B5)

Le donne con storie di aggressione sessuale e fisica ricorrono in un anno a molte più visite mediche rispetto alle altre. Lo studio effettuato dalla Cleveland Clinic sulla violenza fisica e sessuale contro le donne ^(B6) ha riportato che quelle gravemente vittimizzate ricorrevano a visite mediche con frequenza doppia e con una spesa medica 2,5 volte superiore rispetto alle donne non vittimizzate. Il maggior ricorso alle visite mediche non si è avuto immediatamente dopo l’aggressione, bensì 2 anni dopo, in fase di cronicizzazione.

Questo problema deve essere fatto emergere dall’omertà che lo circonda, con l’aiuto di personale sanitario adeguatamente formato. Come già osservato da autori anglosassoni, si ricorda che il modello sviluppato nella prevenzione di molti problemi clinici cronici, può essere effettivamente applicato anche alla realtà della violenza interpersonale. **La diagnosi precoce e la possibilità di identificare precocemente alcune manifestazioni cliniche rappresentano il punto di partenza per migliorare l’approccio clinico alla violenza interpersonale. Molti medici correntemente applicano procedure di screening a numerose condizioni cliniche la cui prevalenza è minore o simile a quella della violenza domestica.** ^(B6,7)

Nell’ambito delle proprie attività l’Organizzazione Mondiale della Sanità, esaminando esclusivamente la violenza da parte del partner, ha pubblicato il seguente elenco (modificato) delle possibili conseguenze sulla salute delle donne.

Fisiche		Sessuali e riproduttive		Psicologiche e comportamentali		Conseguenze mortali	
A breve termine	A lungo termine	A breve termine	A lungo termine	A breve termine	A lungo termine	A breve termine	A lungo termine
Lesioni addominali Lividi e frustate Disabilità Fratture Danni oculari Lacerazioni e abrasioni	Disturbi gastrointestinali Sindrome dell’intestino irritabile Funzione fisica ridotta Fibromialgie Sindromi da dolore cronico	Disturbi ginecologici Complicazioni della gravidanza/ Aborto spontaneo Aborto in condizioni di rischio Gravidanze indesiderate	Disfunzioni sessuali Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS Sterilità Malattia infiammatoria pelvica	Ansia Attacchi di panico Insonnia Sensi di vergogna e di colpa Inattività fisica	Scarsa autostima Fobie Depressione Disturbo da stress post-traumatico Disturbi psicosomatici Comportamento suicida e autolesionista Comportamenti sessuali a rischio Fumo Abuso di alcool e droghe Disturbi dell’alimentazione	Mortalità materna	Omicidio Suicidio Mortalità legata all’AIDS

Le ferite, la paura e lo stress associato alla violenza del partner possono portare a problemi di salute cronici quali il dolore cronico (ad esempio, mal di testa, dolore alla schiena) o ricorrenti del sistema nervoso centrale (sintomi di svenimento). Le donne maltrattate riferiscono molto di più spesso sintomi gastrointestinali (ad esempio, la perdita dell’appetito, disturbi alimentari), disturbi funzionali gastrointestinali (ad esempio, sindrome del colon irritabile), allo stesso modo, possono essere riferiti anche sintomi cardiaci come ipertensione e dolore precordiale. Una possibile riduzione del sistema immunitario, potrebbe essere attribuibile allo stress e/o ai disturbi della salute mentale, come la depressione o l’ansia, anche se questa ipotesi non è stata verificata. ^(B4)

Il rapporto presentato nel 2009 **dall’Associazione Telefono Rosa** ^(B9) fotografa più da vicino la realtà Italiana. Nel rapporto gli Autori segnalano come il 31% delle donne che si sono rivolte al servizio subisce una violenza psicologica, seguita con una certa distanza da quella fisica (23%). Nello stesso rapporto si segnala come nel sommerso delle violenze sulle donne, italiane e straniere, la violenza psicologica prevale fra le donne italiane, mentre quella fisica è rivolta più facilmente alle straniere. A seguire, tra i tipi di violenza prevalenti, le minacce fisiche (13%),

quelle patrimoniali (8%), lo stalking (6%). Nel 78% dei casi, inoltre, la violenza è ripetitiva.

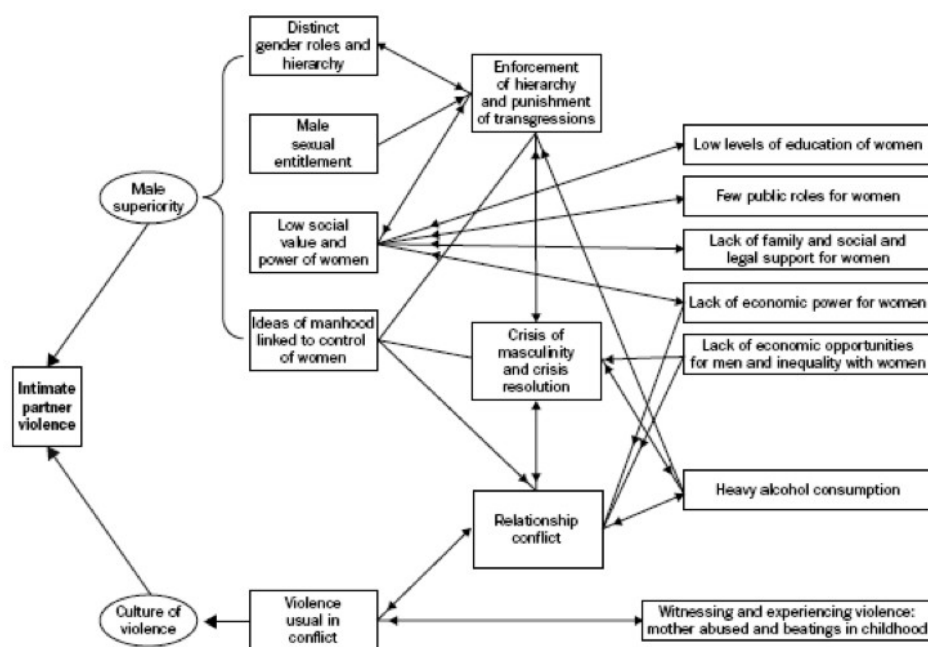


Figure 3: Causes of intimate partner violence

Schema riassuntivo sulle cause della violenza ^(B10)

Come emerge dal Rapporto, la percentuale di donne che trova, nell'arco di un anno, la forza di reagire alle violenze è del 24%. Il 13% delle vittime ha subito violenza per un periodo compreso tra i 10 e i 20 anni mentre l'11% per oltre 20 anni. Tra le donne che dichiarano di aver cercato soluzioni, il 18% delle donne italiane si è rivolto alle forze dell'ordine. Questa percentuale sale al 24% per le donne straniere, mentre il 12% si è rivolto a un avvocato. Il fenomeno, inizialmente, è stato più frequentemente segnalato nelle classi sociali con basso livello economico e educativo o in condizioni di forte stress o povertà. J. Campbell, nel suo studio pubblicato nel 2002 su Lancet ^(B4) ha segnalato che negli Stati Uniti le migliori condizioni economiche ed educazionali delle donne, non necessariamente costituiscono un elemento di protezione nei confronti di questo fenomeno, anche se rendono più semplice sottrarsi e/o porre fine agli episodi violenti, rendendo meno gravi le conseguenze nel tempo. È possibile che

un analogo andamento sia presente anche in Italia, anche se mancando studi e segnalazioni specifiche.

Nella pratica clinica si dovrebbe sospettare un abuso se durante una visita medica si riescono a rilevare alcuni dei segnali d'allarme, suggestivi di questa condizione. **La valutazione** di queste condizioni può avvenire in contesti differenti, in funzione della condizione in cui si trova la paziente, dal tipo di medico che la conduce. La ricerca dei segnali d'allarme per un abuso può essere più facilmente compiuta:

- dal Medico di famiglia;
- dal Medico del pronto soccorso;
- dal Ginecologo;
- dallo Psichiatra;

anche se in linea teorica, tutti **gli operatori sanitari possono rilevarli durante la propria attività.**

Segnali d'allarme per violenza domestica riferiti alle condizioni cliniche della paziente ^(B11)

Sintomi	Aree di approfondimento
Lesioni cutanee	Informarsi sulla causa delle lesioni cutanee.
Problemi digestivi	Informarsi su diarrea, colon irritabile, stipsi, perdita di appetito.
Dolore cronico	Eemicrania, dolore addominale cronico, dolore pelvico.
Problemi genito urinari	Informarsi su dolori cronici pelvici, problemi mestruali, presenza di malattie sessualmente trasmesse, disfunzioni sessuali.
Sintomi psico somatici vaghi	Affaticamento, capogiri.
Disagio psicologico	Depressione, ansia, sindrome post traumatica, abuso di sostanze, tentativi di suicidio.
Disturbi del comportamento alimentare	Bulimia, anoressia, binge eating disorder.
Gravidanza	Problematiche insorte durante la gravidanza, scarso aumento ponderale, dolori, parto pre termine.

Altri campanelli d'allarme, riferiti al contesto comportamentale, sono:

- La paziente non è mai lasciata sola dal partner, anche durante le visite mediche;
- La paziente non si presenta agli appuntamenti concordati;
- La paziente ha un atteggiamento "evitante" rispetto a un qualunque tentativo di valutazione del personale sanitario.

Possono essere oggetto di valutazione anche tutte le donne che manifestano un disagio psicologico non meglio inquadrabile o che riferiscono un problema cronico ricorrente di non facile comprensione.

Il **medico di assistenza primaria** riveste un ruolo importante per diagnosticare e trattare precocemente questi pazienti. Infatti, l'assistenza primaria ha una notevole diffusione sul territorio, è facilmente accessibile, vede più volte i pazienti per motivi differenti, ha con loro un rapporto di fiducia e raccoglie spesso le loro confidenze. Indagare sugli aspetti correlati alla violenza interpersonale, può causare nell'operatore un senso di difficoltà, di frustrazione, tuttavia dobbiamo pensare che il paziente non ha spesso alcuna figura istituzionale alla quale riferirsi in caso di difficoltà, gli operatori devono quindi dare la possibilità alle pazienti di parlare di questi problemi, di uscire da questa condizione di omertà.

Fattori di rischio

Studi condotti nel setting dell'assistenza primaria hanno permesso di identificare le donne divorziate o separate, con età inferiore ai 45 anni, in gravidanza, disoccupate o con minore autonomia economica come le più a rischio di altre di subire un abuso. ^(B12)

Il ruolo del Medico di Famiglia

È sintetizzabile in tre punti:

- **Educare ed informare** i cittadini sulle ricadute a breve ed a lungo termine della violenza domestica sulla salute dei cittadini.
- **Far emergere** il problema e indirizzare ai servizi territoriali i pazienti che hanno delle condizioni di abuso in atto o pregresse.
- **Assistere** il paziente che presenta una cronicizzazione fisica e/o psicologica, trattarlo farmacologicamente, se necessario in collaborazione con l'assistenza secondaria.

Analogamente al medico di assistenza primaria, il medico del pronto soccorso, il ginecologo e l'operatore del servizio di salute mentale devono sforzarsi di far emergere il fenomeno, ciascuno ricorrendo alle sue peculiari conoscenze, competenze e responsabilità.

Il principale strumento che l'operatore può utilizzare per far emergere queste situazioni è un **colloquio ben condotto**. Infatti, chi ha buone attitudini comunicative ha una gestione clinica più adeguata alle necessità delle istituzioni e degli utenti, ha meno segnalazioni di malpractice. Indipendentemente dal ruolo e dalle circostanze in cui si svolge, vi sono delle importanti caratteristiche del colloquio che si dovrebbero considerare. Un'anamnesi ben condotta:

- Deve essere condotta in una condizione di riservatezza;
- Deve essere diretta e non giudicante;
- Deve essere svolta senza preconcetti;
- Deve svolgersi in un luogo privato, non alla presenza di terze persone;
- Deve essere confidenziale;
- Deve svolgersi se possibile usando lo stesso linguaggio della paziente, usufruendo di un interprete se la paziente è d'accordo;
- Serve a dare la giusta interpretazione agli eventi riferiti dalla paziente ed evitare di sottoporla ad altri drammi.

► Ricordiamo sempre che una condizione di abuso può capitare, ma nessuno si merita di essere abusato.

► In un'attività ambulatoriale, sempre più sovraccaricata da competenze burocratiche, l'operatore deve avere un buon profilo di comunicazione, per sfruttare al meglio il tempo disponibile.

► Caratteristiche come l'empatia (cioè la capacità di immedesimarsi nei problemi del paziente), la negoziazione (cioè la capacità di concordare una strategia diagnostico-terapeutica - assistenziale con il paziente) e il consenso (cioè la capacità di informare correttamente il paziente) sono caratteristiche fondamentali per lo svolgimento di una corretta attività clinica.

► Per essere efficace un colloquio deve essere progettato sapendo cosa vogliamo conoscere, quale obiettivo intendiamo raggiungere (attenuare l'ansia, rivalutare un problema clinico recidivante, predisporre un'altra strategia terapeutica).

L'anamnesi serve a valutare i sintomi e a comprendere il livello di consapevolezza dell'assistito su un problema, per condurre un colloquio si possono usare alcune frasi preliminari **indirette** come questa:

Poiché in questi anni i fatti violenti sono sempre più frequenti, io chiedo/ho cominciato a chiedere, alle mie pazienti, se hanno avuto esperienze di manifestazioni violente se, durante la loro vita, sono mai state percosse o cose del genere. ^(B13)

Possono essere utilizzate inoltre frasi **dirette del tipo:**

- **Si sente bene con il suo attuale partner?**
- **Si sente talvolta in pericolo nella sua attuale relazione?**
- **Il suo attuale partner l'ha mai costretta a rapporti sessuali senza il suo consenso?**

2. La diagnosi precoce

Far emergere questo fenomeno non costituisce una violazione della privacy individuale, infatti, l'operatore sanitario ha il dovere di comprendere la possibile causa dei sintomi che gli sono stati riferiti. Per studiare la presenza di un fenomeno si possono utilizzare delle semplici frasi, la cui utilità è già stata valutata dalla comunità scientifica internazionale. Tutte le agenzie che s'interessano a questa realtà, sono concordi nel suggerire che un più frequente uso di domande di screening possa far aumentare la capacità diagnostica del medico.

Woman abuse screening tool ^(B14)	Spesso	Talvolta	Mai
In generale, come descrive la sua relazione affettiva? È caratterizzata da molta tensione, occasionale tensione o è priva di tensione?			
Lei e il suo partner avete argomenti la cui discussione suscita difficoltà?			
Ci sono situazioni che la fanno sentire giù o le fanno male?			
Ci sono situazioni che hanno come risultato l'essere picchiata, spintonata o presa a pugni?			
Ci sono situazioni che la fanno sentire impaurita o c'è qualcosa del suo attuale partner che la fa sentire minacciata?			
Il suo partner ha mai abusato fisicamente di lei?			
Il suo partner ha mai abusato psicologicamente di lei?			

Partner violence screen ^(B15)

È mai stata colpita, spintonata o offesa in questo ultimo anno? Se sì, da chi?

Lei si sente sicura nella sua attuale relazione?

Il suo attuale partner o quello della precedente relazione la fanno sentire in pericolo?

La sensibilità e la specificità dei test di screening sulla violenza domestica sono oggetto di discussione. Gli esiti pratici di questi strumenti non sono sovrapponibili nei vari studi, per la presenza di bias di selezione delle popolazioni studiate, per le difficoltà classificative delle varie forme di abuso, per la sovrapposizione delle diverse tipologie di abuso in singoli pazienti. Alcuni ricercatori suggeriscono che un approccio razionale a questo problema, non debba essere pensato solo in termini di diagnosi precoce, ma in termini di disponibilità di servizi socio sanitari, infatti, alcune donne abusate hanno rifiutato un aiuto per lo scarso supporto fornito.^(B16)

3. La violenza in gravidanza

La violenza in gravidanza è un triste fenomeno. Secondo l'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani, **le violenze domestiche sono la seconda causa di morte in gravidanza, dopo l'emorragia, per le donne di età tra i 15 e i 44 anni.** Il 40-50% delle donne con dolore pelvico cronico ha una storia di abuso fisico e sessuale alle spalle, il 30% dei casi di donne in gravidanza presenta disturbi gastroenterici organici o funzionali. Alcuni Autori suggeriscono che la gravidanza sia un fattore di rischio per la violenza, infatti, si ritiene che un partner abusante, divenga più aggressivo quando la donna rivolge la maggior parte delle sue attenzioni al nascituro piuttosto che alla relazione in corso. In realtà la gravidanza rende la donna più vulnerabile, riducendo la sua autonomia sia emotiva sia finanziaria. I cambiamenti legati alla gravidanza possono essere vissuti dal partner "potenzialmente abusante", come un'opportunità per stabilire un maggior controllo sulla donna. Non è un caso che il 30% dei maltrattamenti abbia inizio proprio in gravidanza, specie nel secondo e terzo trimestre, che il 69% delle donne maltrattate prima della gravidanza continui a subire maltrattamenti e che nel 13% dei casi si assista anzi a un intensificarsi e aggravarsi degli episodi.^(B17) È possibile sottoporre a valutazione le gestanti utilizzando il questionario sotto riportato.

Abuse assessment screen for use in pregnancy ^(B18)

Lei è mai stata psicologicamente o fisicamente abusata dal suo partner o da qualcuno importante per Lei?	Sì	No
Durante quest'ultimo anno, è mai stata colpita, schiaffeggiata, presa a calci o ferita da qualcuno? Se sì, da chi? (selezionare) Marito ex_marito amico estraneo altro più persone.	Sì N° di volte	No
Da quando è iniziata la gravidanza, è mai stata colpita, schiaffeggiata, presa a calci o ferita da qualcuno? Marito ex_marito amico estraneo altro più persone.	Sì N° di volte	No
Durante quest'ultimo anno, qualcuno l'ha forzata ad avere rapporti sessuali?	Sì N° di volte	No
Lei si sente minacciata dal tuo partner o da qualche altra persona?	Sì	No

I principali **fattori di rischio** di violenza in gravidanza sono: una storia di violenza precedente, una gravidanza indesiderata e la giovane età (che portano a un aumento del rischio di violenza di circa 4 volte). In letteratura il dato molto significativo è l'età, più la donna è giovane e più aumenta il rischio di violenza, con un picco tra 16 e 19 anni, quando il rischio è aumentato di circa 3 volte.

Anche le donne immigrate sono più esposte al rischio di maltrattamento, per di più con maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi ed esprimere i propri problemi in assenza del partner, che svolge spesso il ruolo d'interprete.

Fattori di rischio per violenza intercorrente in gravidanza^(B19)

- Giovane età
- Donna divorziata o separata
- Abuso di sostanze
- Storia di precedenti abusi
- Preoccupazione del partner sulla paternità
- Impressioni da parte del partner di eccessive attenzioni rivolte al bambino
- Gravidanza indesiderata

Il ruolo del Ginecologo

Il Ginecologo deve sempre porsi il ragionevole sospetto che qualcosa non stia funzionando, sia all'interno sia all'esterno del contesto gravidico, quando si presentano alcuni segnali d'allarme, come:

- Iniziare tardivamente le cure antenatali.
- Mancare senza motivo alcuni appuntamenti.
- Manifestare eccessiva ansietà nei confronti del decorso e dell'esito della gravidanza.
- Apparire insicura o infelice e depressa.
- Riferire una storia di aborti ripetuti, parti pre termine o precedenti gravidanze con nati con basso peso alla nascita.
- Presentare un distacco di placenta o infezioni urinarie ricorrenti o sanguinamenti genitali.

Anche sintomi sfumati, segni comunque di una qualche forma indefinita di disagio, possono far pensare all'eventualità di una condizione di "gravidanza violenta". Anche nel partner possono essere osservati dei comportamenti abbastanza caratteristici e indicativi, come eccessiva sollecitudine, tendenza a non lasciare mai da sola la donna, a rispondere al posto suo, magari correggendo le risposte.

Le lesioni a livello genitale sono per la maggior parte lievi, costituite da arrossamenti, soluzioni di continuo, escoriazioni per lo più in sede anale o a livello di piccole labbra, forchetta e fossa navicolare e meno frequentemente a livello imenale. Il colposcopio o una lente d'ingrandimento possono migliorare la rilevazione di piccole lesioni genitali.

Le lesioni più frequentemente riscontrabili sono extragenitali, nella maggioranza di lieve entità (piccole ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali) e solo in pochi casi si tratta di lesioni gravi.^(B17)

Per ulteriori informazioni sulle procedure è possibile fare riferimento a Linee guida SVS <http://www.policlinico.mi.it/lineeguidasvs.pdf>.^(B20)

4. *Aprire il vaso di Pandora!*

Far emergere gli episodi di violenza domestica non è facile, sia nell'assistenza primaria sia in quella secondaria. Vi sono, come abbiamo visto, numerosi ostacoli da superare, sia nella paziente, sia nel medico, sia nel contesto culturale che ci circonda. La donna può essere indecisa nell'affrontare il problema, il medico può sentirsi impreparato a sopportare il carico personale e professionale che questa realtà richiede. Uscire dall'abuso è un passo difficile e impegnativo per la donna, quindi, l'operatore che cerca di far emergere questo fenomeno può trovarsi in difficoltà. L'indagine sui maltrattamenti intra familiari è un terreno molto scivoloso, sia perché spesso i segni dell'abuso non sono evidenti, sia perché la donna stessa tende a coprire la realtà per paura, vergogna, timore dell'intervento dell'autorità, sia per gli sviluppi giudiziari sia queste vicende comporta. **Il compito del sanitario non dovrebbe essere quello di esprimere giudizi sulla situazione, quanto quello di informare la paziente, aiutarla a fronteggiare questa condizione, facilitare l'accesso ai servizi competenti.**

Spesso il personale sanitario non è abituato a considerare l'esistenza del problema, non è preparato ad affrontare queste problematiche, per cui tende a ignorare o minimizzare i segnali che potrebbero far comparire il sospetto. L'idea che la violenza domestica sia una faccenda privata, nella quale è opportuno non intromettersi; la mancanza di competenze tecniche e di risorse; il timore di offendere la persona che abbiamo davanti; la paura di scoperchiare un vero e proprio "vaso di Pandora" senza avere poi la capacità di trovare risposte; la mancanza di tempo, sono le motivazioni addotte con maggiore frequenza dal personale sanitario, per giustificare un mancato intervento.

Una difficoltà da superare è quella di mantenere all'interno del nostro sistema di valutazione, il pensiero che la violenza domestica ci possa essere. Una volta acquisita l'abitudine di pensare a questo problema e raggiunta la consapevolezza dell'importanza che la questione riveste, possiamo lavorare per risolvere il problema, almeno dal punto di vista sanitario. ^(B17)

Elenchiamo qui sotto alcune delle possibili situazioni che l'operatore può dover fronteggiare per far emergere il problema della violenza. ^(B11 modificato)

Condizione della paziente	Finalità dell'intervento	Strategia
La vittima non interpreta la propria situazione come abusiva.	Accrescere il livello di consapevolezza della paziente informandola sui rischi della sua condizione.	Parlare della violenza interpersonale, chiedere se e quando alcune lesioni si sono manifestate. Chiedere se episodi di violenza sono intercorsi durante la gravidanza. Ricerca i segnali d'allarme x IPV. Fornire materiali informativi, senza perdere tempo nello spiegare i dettagli del problema. Educare la paziente a riconoscere l'impatto della violenza a livello fisico, psichico, su se stessa e sui figli. Documentare l'episodio di violenza. Se non vi è emergenza suggerire una consulenza ai centri di riferimento. In caso di pericolo immediato comunicare con i centri di riferimento.
La vittima comincia a interpretare la relazione corrente come abusiva e pericolosa ed esplora le possibilità e i rischi di un piano per incrementare la propria sicurezza.	Aiutare la paziente a decidere.	Parlare della violenza interpersonale, chiedere se e quando alcune lesioni si sono manifestate. Chiedere se episodi di violenza sono intercorsi durante la gravidanza. Ricerca i segnali d'allarme x IPV. Fornire materiali informativi, senza perdere tempo nello spiegare i dettagli del problema. Educare la paziente a riconoscere l'impatto della violenza a livello fisico, psichico, su se stessa e sui figli. Documentare l'episodio di violenza. Suggerire un piano di sicurezza. Se non vi è emergenza suggerire una consulenza ai centri di riferimento. In caso di pericolo immediato comunicare con i centri di riferimento.
Definire un piano di sicurezza preciso con un obiettivo realistico da raggiungere, cosa e come fare.	Definire un piano di sicurezza condiviso, dare informazioni sulle possibilità ed offrire alternative.	Fornire gli indirizzi dei centri antiviolenza e offrire una telefonata al centro antiviolenza dal proprio ufficio. Inviare i figli a servizi di consulenza specifica. Documentare la presenza di segni e sintomi correlati ed inviare all'assistenza secondaria. Suggerire un piano di sicurezza. Se non vi è emergenza suggerire una consulenza ai centri di riferimento. In caso di pericolo immediato comunicare con i centri di riferimento.

La vittima comincia a seguire una strategia di maggiore sicurezza.	Fornire sostegno.	Specificare le diverse difficoltà delle condizioni di abuso, suggerire un piano di sicurezza, facilitare l'accesso all'assistenza farmacologica e/o psicoterapeutica. Considerare le difficoltà e i dubbi.
La vittima segue un piano di sicurezza.	Prevedere la ricaduta.	Controllare il piano di sicurezza e le attività sanitarie correlate.
Ricaduta	Rivalutare la procedura.	Sostenere i cambiamenti, non giudicare se la paziente rientra in una situazione di abuso, valutare quale aspetto della procedura non ha funzionato e ripartire.

5. *Ma se la relazione è così pericolosa, perché la donna la mantiene? Perché sopporta un rapporto violento?*

Perché non se ne vanno? Vi sono alcune considerazioni che l'operatore da fare per poter intervenire in modo corretto in questo contesto così complesso:

- Sarebbe più pertinente chiedersi perché il perpetratore non smette di usarle violenza.
- sottrarsi alla violenza può essere molto difficile, con molti ostacoli che lo impediscono.
- Alcune donne aggredite, che mostrano gli effetti del trauma, sono state descritte come passive e non disposte ad aiutarsi. È possibile che la maggior parte delle vittime metta in atto una risposta comportamentale, senza tuttavia riuscire a far fronte alla violenza. È importante non paragonare la mancanza di successo alla mancanza di sforzi.
- La vittimizzazione cronica può portare alla depressione e ad altre conseguenze psicologiche che possono ridurre l'iniziativa o l'autostima della donna, impedendole di fare appello a sé e reagire.
- Pur essendo pericoloso rimanere in un rapporto violento, può essere, almeno in termini immediati, più pericoloso lasciarlo. La donna può così erroneamente decidere che mantenere la relazione sia la cosa più sicura da fare.

I principali ostacoli all'interruzione del rapporto possono essere suddivisi in cinque categorie:

1) **Comportamento del maltrattante**

- Minaccia di uccidere la vittima qualora se ne andasse.
- " " " i figli " " " " .
- " " " animali domestici.
- " " " di commettere suicidio.
- " " " di richiedere la custodia dei figli della vittima.
- " " " di rapire i figli della vittima.
- Ha intensificato la violenza o la persecuzione della vittima quando ha provato ad andarsene.
- Ha promesso di cambiare.
- Ha minimizzato la gravità della violenza.
- Ha attribuito la colpa della violenza alla vittima.

- Ha impedito alla vittima di accedere all'aiuto esterno e al supporto sociale.
- Quando la vittima si è apprestata ad andarsene, ha fatto a pezzi il vestiario, bruciando quadri o distrutto altri oggetti.
- Ha messo in giro voci che la vittima ha una relazione o che è diventata matta.

2) Ostacoli socioeconomici

- La vittima non ha accesso al denaro.
- Non ha un impiego.
- Ha un'esperienza di lavoro limitata.
- Non è in grado di trovare un lavoro che garantisca un introito sufficiente per vivere.
- Può perdere il lavoro se si sposta.
- Non ha un'auto.
- Vive in una zona sprovvista di trasporti pubblici.
- Perderebbe l'assistenza sanitaria.
- Dovrebbe andarsene senza niente.
- Ha problemi a cercare aiuto e supporto.

3) Ostacoli istituzionali

- I servizi sociali si aspettano che sia la vittima a lasciare la casa.
- Alcuni suggeriscono l'interruzione del rapporto o il divorzio come uniche effettive possibilità per la vittima.
- I luoghi di accoglienza locali sono spesso pieni, oppure offrono servizi per tempi limitati, oppure non accettano donne che abusano di sostanze, alcool o con disturbi psicologici.
- Non sempre è possibile offrire supporto a membri di minoranze, non vi sono servizi bilingui e non è possibile adattare i programmi di supporto a differenti culture o gruppi etnici.
- Per accedere ai servizi la donna dovrebbe partecipare a terapie indesiderate.
- I centri di accoglienza hanno difficoltà a riammettere vittime che sono in precedenza ritornate dal maltrattante.
- L'Autorità Giudiziaria può arrestare la donna se ha usato violenza, anche se come autodifesa.
- È improbabile che il maltrattante rispetti il "confino", specie se ha già subito una prima o seconda condanna.

- I tribunali e i programmi per i maltrattanti sostengono l'idea che la terapia cambierà il violentatore.
- Possono essere necessarie diverse settimane perché i sussidi siano forniti alla donna.
- La riforma del welfare impone limiti nella scelta dell'assistenza pubblica.
- La vittima rischia la segnalazione ai servizi di protezione dell'infanzia per aver esposto i figli a violenza.
- La vittima rischia di perdere la custodia dei figli nelle procedure di divorzio.
- I sanitari possono attribuire alla vittima una diagnosi psichiatrica, che danneggia la vittima nel processo.
- La religione della vittima non consente il divorzio.

4) Problemi legati alla rete sociale

- La famiglia vuole che la coppia rimanga insieme.
- La famiglia e gli amici temono che farsi coinvolgere sia pericoloso.
- La famiglia non è disponibile a fornire supporto sociale o finanziario.
- La famiglia del maltrattante usa violenza alla vittima.
- La vittima e i figli perderebbero il supporto sociale allontanandosi dagli amici e dalla famiglia.
- I bambini dovrebbero cambiare scuola.
- La vittima è criticata per il fallimento matrimoniale.
- Essere etichettata come 'donna maltrattata' può essere uno stigma.

5) Valori Personali

- Le convinzioni religiose della vittima suggeriscono che divorziare sia in ogni caso sbagliato.
- La vittima ritiene che sia meglio avere in casa un marito violento, piuttosto che non averlo.
- La vittima ritiene che la responsabilità del successo del matrimonio sia della moglie.
- La vittima ritiene che l'uomo dovrebbe prendere le decisioni più importanti.
- L'autostima della vittima si basa in larga parte sulla percezione del successo come moglie o fidanzata.
- La vittima può avere la percezione che i problemi nella relazione siano colpa sua.
- La vittima ricorda tempi più felici e pensa che siano ancora possibili.

- La vittima dubita di poter avere un'altra relazione.
- La vittima dubita della propria capacità di essere autosufficiente.
- La vittima ha un forte senso di fedeltà, dovere e dedizione.
- La vittima ama ancora il partner.

Tenuto conto di tali ostacoli non dovrebbe sorprendere che le donne non siano in grado di interrompere un rapporto violento. ^(B21,22) Quindi non è pensabile risolvere il problema solo in termini di diagnosi precoce ma è doveroso considerare la possibile soluzione del problema in termini più complessivi di strutture globalmente messe a disposizione alle donne dalle istituzioni, infatti, alcune donne abusate, sentono di non avere via di fuga e rifiutano un aiuto per la scarsa disponibilità dei servizi di supporto. ^(B16)

È importante che il personale sanitario dia supporto alla donna in difficoltà. Dovrebbero essere dati almeno alcuni segnali che testimoniano questa la volontà di dare aiuto. È importante manifestare la propria posizione con semplici considerazioni come **a.** Mi sembra spaventata. **b.** Posso capire perché lei si sente turbata. **c.** Possiamo lavorare insieme per aiutarla a sentirsi meglio, anche se le parole talvolta non sono sufficienti.

6. Costruire un piano di sicurezza

L'obiettivo di un piano di sicurezza è di migliorare la cura di se stessi, assumersi la responsabilità della propria sicurezza in situazioni in cui potrebbero potenzialmente accadere degli abusi. Sappiamo dalle ricerche e dalle esperienze che spesso la violenza si ripete e s'intensifica, un abuso emotivo o verbale spesso si trasforma in abuso fisico e sessuale. La finalità del piano di sicurezza è quindi quella di suggerire una modalità concreta per proteggere se stesse e i vostri figli (se ne avete). In primo luogo aiuta a conoscere i segni che di solito procedono un'azione violenta del vostro partner, e secondo, vi permette di familiarizzare con le risorse personali e comunitarie disponibili. È necessario ricordare che riconoscere gli indizi di violenza da parte del vostro partner, non implica in alcun modo che voi siate responsabili delle violenze o degli abusi che perpetra. Un piano di sicurezza deve rispondere alle seguenti domande e preoccupazioni:

1. Quali segnali e indizi possono costituire un preavviso e/o indicano che si potrebbe essere in pericolo. (Che cosa dice il vostro partner, come il vostro partner appare quando la situazione si sta aggravando?)
2. Quali sono i vostri segnali d'allarme interni, che indicano che potreste essere timorose, tese o in pericolo? (I vostri comportamenti, i vostri pensieri, le vostre reazioni fisiche ed emotive).
3. Quali sono secondo voi le cose esterne o gli eventi stressanti che potrebbero portarvi a situazioni di pericolo? (Le questioni con i figli, l'ora del giorno, la situazione in casa o altrove, i problemi dei parenti).
4. Come avete protetto i vostri figli e voi stesse dall'essere ferita in passato?
5. Quanto efficace pensi siano stati questi sforzi? Come siete sopravvissuti in questo rapporto?
6. Quali sono le persone e le organizzazioni cui ci si può rivolgere per chiedere aiuto?
 - Amici.
 - Medici.
 - Avvocati.
 - Strutture.

Ricordiamo di:

- ➔ Nascondere il proprio piano di sicurezza da qualche parte, in modo che il vostro partner non riesca a trovarlo.
- ➔ Essere consapevoli delle vie di fuga da casa o dall'appartamento.
- ➔ Ottenere set extra di auto e chiavi di casa e tenerle poi in luogo sicuro (non in borsa).
- ➔ Parlare con familiari, amici e vicini, prima di andare a stare con loro.
- ➔ Confezionare un piccolo bagaglio durante la notte (con i farmaci, abbigliamento, ecc) che deve essere pronto in poco tempo, che include le esigenze dei bambini (tenere la borsa in un posto sicuro, sul luogo di lavoro o da un'amica).
- ➔ Pensare a mezzi di trasporto alternativi, nel caso in cui non si possieda una macchina o non si è in grado di utilizzarla.
- ➔ Nascondere un po' di soldi in un luogo facilmente accessibili per spese necessarie e urgenti. Mantenere i vostri soldi sulla propria persona, da utilizzare per le chiamate d'emergenza.
- ➔ Organizzare in anticipo un posto, in caso sia necessario fuggire rapidamente. Cercare di rimuovere le armi da fuoco e munizioni da casa (nasconderli altrove o sbarazzarsene).

7. *Le risorse istituzionali*

MILANO - S.V.S. SOCCORSO VIOLENZA SESSUALE

Presso Clinica Mangiagalli - Fondazione Policlinico- Mangiagalli -Regina Elena

Via Della Commenda, 12

Tel. 02 55032489- 2373 - Fax 02 55032490

E-mail: svvs@policlinico.mi.it

MILANO - ASSOCIAZIONE SVS - DONNA AIUTA DONNA - ONLUS

Presso Clinica Mangiagalli - Fondazione Policlinico- Mangiagalli -Regina Elena

Via Della Commenda, 12

Tel. 333 6532651

E-mail: svvsdad@libero.it

MILANO - CASA DELLE DONNE MALTRATTATE

Via Piacenza, 14

Tel. 02 55015519 - Fax 02 55019609

E-mail: cadmi@tin.it

MILANO - COOPERATIVA CERCHI D'ACQUA

Via Verona, 9

Tel. 02 58430117 - Fax 02 58311549

E-mail: info@cerchidacqua.org

MILANO - CARITAS AMBROSIANA

1. Area Maltrattamento e grave disagio della donna

Via S. Bernardino, 4

Tel. 02 76037252

2. SeD Servizio Disagio Donna

Via Della Signora, 3/A

Tel. 02 76037352

E-mail: maltrattamentodonna@caritas.it.

MINISTERO PARI OPPORTUNITA'

Telefono n° 15.22

8. **Cenni sulla responsabilità professionale**

a cura del Prof. Claudio Cardellini, Medico Legale Università degli Studi di Torino

Quasi nessun medico di famiglia può serenamente affermare di non essersi mai imbattuto, nel corso della sua attività professionale, nel sospetto di maltrattamenti o lesioni personali perpetrate da un marito o da un padre padrone nei confronti della moglie o dei figli.

La violenza domestica non è un'invenzione delle femministe, infatti, il legislatore ha recentemente inserito la violenza domestica nel Capo III del Codice Penale, nella sezione dei **Delitti contro la libertà individuale**, (art. 600 e seguenti). La violenza interpersonale è un reato con una punibilità variabile in funzione della gravità dell'evento, della durata di atti specifici, dell'età e del rapporto parentale dei soggetti coinvolti.

Far emergere il fenomeno vuol dire diagnosticarlo, farlo uscire dall'anonimato, dal segreto del rapporto familiare. Il medico che lavora su questa realtà è combattuto fra l'obbligo rispettare il segreto professionale e la necessità di tutelare un soggetto fragile.

Dobbiamo ricordare che l'attività medica ha come sua caratteristica la custodia del **segreto professionale**. L'inviolabilità del segreto professionale è uno dei principi cardine della professione, il codice di etico deontologico ricorda al medico l'obbligo di mantenere il segreto, di non riferire ad alcuno le informazioni che gli sono riferite durante la propria attività. Solo in alcuni casi il medico può e deve rivelare un segreto, si tratta cioè quando sussiste una "giusta causa", cioè quando esiste una disposizione di legge che obbliga il medico alla denuncia, oppure quando vi sono circostanze di forza maggiore (quando vi è una violenza, un inganno, un errore procedurale).

Reati perseguibili d'ufficio

Art. 612 C.P. Minaccia (grave, con armi)

Art. 572 C.P. Maltrattamenti in famiglia

Art. 582, II co. C.P. Lesioni gravi

Art. 609-bis ss. C.P. Violenza sessuale (anche su minori sino a 14 anni)

Art. 610 C.P. Violenza privata

Art. 612-bis C.P. Atti persecutori (stalking) nei confronti di minori o persone disabili

Art. 575 C.P. Omicidio

Dobbiamo considerare che il medico è talvolta l'unica persona che è a conoscenza dell'esistenza di un fatto criminoso, infatti, nella sua attività professionale può capitare di confrontarsi con forme morbide correlate a fatti di rilevanza giuridica. In questi casi vi è l'obbligo di **tutelare la donna sottoposta ad abuso** e d'informare l'autorità giudiziaria nel rispetto delle norme legislative in vigore. In conformità all'obbligo d'informativa, il medico è chiamato a collaborare con il corretto funzionamento della giustizia, infatti, l'Autorità giudiziaria, correttamente informata, può svolgere l'adeguata investigativa per identificare il responsabile dei fatti. L'omissione dell'informativa del reato (notizia criminis) causa pertanto un danno sia nei confronti dello Stato (e della collettività) e impedisce una corretta attività di repressione e prevenzione.

Per quanto attiene alla notizia criminis, si ricorda che la normativa attuale fa riferimento all'art. 330, 331, 333, 334 del CPP. Il medico, che riveste la funzione di Pubblico Ufficiale (art. 357 CP) o di Incaricato di Pubblico servizio (art. 358 CP) svolge la sua funzione d'informazione all'Autorità Giudiziaria mediante un referto o denuncia, la cui omissione costituisce un reato specifico. Il medico nell'esercizio della propria attività sanitaria, ha l'obbligo di compilare il referto, (art. 334 cpp) che è un atto certificativo attraverso il quale l'esercente di un servizio di pubblica necessità informa l'autorità giudiziaria qualora abbia fornito le proprie prestazioni in casi in cui siano rilevabili elementi di un reato perseguibile d'ufficio. Nel caso delle lesioni personali volontarie, (art. 582 CP), la cui prognosi superi i 20 giorni, la compilazione del referto è atto obbligatorio e deve essere presentato entro 48 ore oppure immediatamente, qualora il ritardo possa costituire un pericolo per il soggetto coinvolto. Le lesioni personali con prognosi inferiore ai 20 giorni possono essere segnalate all'AG solo in caso di querela di parte. Il sanitario deve presentare una "denuncia" all'Autorità Giudiziaria, solo in fase successiva, dopo essersi accertato della reale situazione in cui si sono svolti i fatti. Per chi svolge questa professione gli abusi costituiscono un argomento ancora più delicato, perché spesso, il medico di famiglia non è solo il medico di fiducia del maltrattato, ma anche di colui che maltratta. In questa situazione il medico di assistenza primaria deve ricordarsi che esiste un limite di presentazione del referto, che

può non essere presentato qualora da questo ne possa derivare un danno penale al proprio assistito. (art.365 CP).

Se è difficile stabilire qual è il giusto atteggiamento da seguire, vi è ragionevole certezza su ciò che il medico **non deve fare** ^(B24):

- **Presumere** che la violenza domestica non accada nella propria zona o fra i propri pazienti.
- **Razionalizzare**, minimizzare o scusare chi fa violenza.
- **Raccomandare una terapia familiare**; la separazione da chi abusa e il trattamento di quest'ultimo devono essere il primo passo.
- **Insistere** perché la paziente interrompa la relazione; solo lei può prendere questa decisione.
- **Fare affermazioni** e domande con atteggiamento di giudizio.
- **Sottostimare il rischio** per la paziente; le donne sono ancora più in pericolo quando cercano di andarsene; è allora che avviene la maggior parte degli omicidi.
- **Chiederle** perché non se ne va (chiedere, invece, perché viene picchiata).
- **Denunciare** i fatti all'Autorità Giudiziaria senza l'autorizzazione della donna.

In questa contrastante condizione, il Legislatore può svolgere un ruolo determinante, favorendo e facilitando l'informativa del medico all'Autorità Giudiziaria. La finalità dovrebbe essere quella di migliorare ed ottimizzare gli strumenti legislativi a disposizione degli operatori per facilitare le attività di prevenzione e un migliore funzionamento della Giustizia.

9. Bibliografia

- 1) L. Shipway, G. Le Strange: Domestic Violence: A Handbook For Health Care Professionals Taylor & Francis Ltd, Paperback - 04-2004, ISBN.
- 2) Dati ISTAT 2009 . http://www.istat.it/dati/catalogo/20091012_00
- 3) S. Markowitz: "The Price of Alcohol, Wife Abuse, and Husband Abuse". Southern Economic Journal (Southern Economic Association) (2000). 67 (2): 279-303. doi:10.2307/1061471.
- 4) J. Campbell: Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359: 1331-36. http://www.nnvawi.org/pdfs/alo/Campbell_1.pdf.
- 5) P. A. Fishman, A. E. Bonomi, M. L. Anderson, R. J. Reid, F. P. Rivara: Changes in Health Care Costs over Time Following the Cessation of Intimate Partner Violence. Journal of General Internal Medicine, 2010; DOI: 10.1007/s11606-010-1359-0
- 6) G. Kaur, L. Herbert: Recognizing and intervening in Intimate Partner Violence. Cleveland Clinic Journal of Medicine. vol.72 • 2005.
- 7) Preventing Domestic Violence: clinical guidelines on routine screening. By Family Violence Prevention Fund. 1999. http://new.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/scropol.pdf
- 8) Preventive Intimate Violence and sexual violence against woman. Taking action and generating evidence. "World report "Geneva, World Health Organization, 2010. http://www.who.int/violence_injuryprevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf
- 9) Voci segrete della violenza 2009. Telefono Rosa 2010.
- 10) R Jewkes.Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet 2002; 359: 1423-29 in <http://www.ayamm.org/english/Violence%20against%20women%201.pdf>
- 11) T. Zink in Raket: Essential in family medicine. Philadelphia PA. WB Saunders. 2006.
- 12) J. Richardson, J. Coid e coll. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. In <http://www.bmj.com/content/324/7332/274.full.pdf>
- 13) P. HS, Ehrensaft, MK,Heyman RE, O'Learly KD e coll.: Evaluating domestic partner abuse in family practice clinic. Fam Med 1997; 29(7): 492-495.
- 14) J. Belle Brown, B. Lent, G. Schmidt, G.Sas: Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the Family Practice Setting. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE ©2000. <http://www.jfponline.com/pages.asp?AID=2622>
- 15) K. M. Feldhaus, J. Koziol-McLain, H. L. Amsbury, I. M. Norton, S. R. Lowenstein, J. T. Abbott, Accuracy of 3 Brief Screening Questions for detecting partner violence in the emergency department. JAMA, (1997). 277(17), 1357-1361. <http://www.uihealthcare.com/depts/med/familymedicine/research/eldermistreatment/screeninginstruments/partner.pdf>
- 16) Guide to clinical preventive services. Williams&Wilkins US Preventive Task Force
- 17) V. Dubini, P. Curiel: La violenza come fattore di rischio in gravidanza. Comunicazione personale UO Ginecologia e Ostetricia. ASL 4 Prato.
- 18) L. Espinosa, K. Osborne. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. 2002 American College of Nurse-Midwives [http://www.jmwh.com/article/S1526-9523\(02\)00287-8/abstract](http://www.jmwh.com/article/S1526-9523(02)00287-8/abstract)
- 19) M. Holmes, L. Maier. Pregnancy, in Jane M. Liebschutz, Susan M. Frayne, Glenn N. Saxe.Violence against women: a physician's guide to identification and management. American College of Physicians. 2003
- 20) Linee Guida assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini. A cura del SVS <http://www.policlinico.mi.it/lineeguidasvs.pdf>.
- 21) S. Hamby, M- Koss. Violence against women. Risk factors, consequences and prevalence. In Jane M. Liebschutz, Susan M. Frayne, Glenn N. Saxe.Violence against women: a physician's guide to identification and management. American College of Physicians. 2003.
- 22) Hamby SL. Domestic Violence in Sociocultural Context. Training package. Eastport, ME: Possibile Equalities, 1999 citato in Jane M. Liebschutz, Susan M. Frayne, Glenn N. Saxe.Violence against women: a physician's guide to identification and management. American College of Physicians. 2003
- 23) M. Feldman, S. Swenson, G.A. Moreno. Patient management after acute intimate partner violence or sexual assault. In Jane M. Liebschutz, Susan M. Frayne, Glenn N. Saxe.Violence against women: a physician's guide to identification and management. American College of Physicians. 2003.
- 24) V.J. Gilchrist. Domestic violence. In Taylor RB. Fundamentals of family medicine. The family medicine clerkship textbook. New York: Springer-Verlag, 2003

Indice

Obiettivi formativi dell'iniziativa	pag. 05
O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna	pag. 07
Prefazione	pag. 09
Introduzione	pag. 12
Razionale del problema	pag. 14
La diagnosi precoce	pag. 23
La violenza in gravidanza	pag. 25
Aprire il vaso di Pandora!	pag. 28
Ma se la relazione è così pericolosa, perché la donna la mantiene? Perché sopporta un rapporto violento?	pag. 31
Costruire un piano di sicurezza	pag. 35
Le risorse istituzionali	pag. 37
Cenni sulla responsabilità professionale	pag. 38
Bibliografia	pag. 41

Alessandra Bramante
*Psicologa e Criminologa clinica, Centro Psiche Donna,
 A.O. Fatebenefratelli - Oftalmico, Milano*

Giovanni Filocamo
*Professore a contratto Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Torino,
 Dipartimento Neuroscienze, Associazione Italiana Medici di Famiglia*

Claudio Mencacci
*Direttore Dipartimento di Neuroscienze A.O. Fatebenefratelli - Oftalmico, Milano
 Presidente, Società Italiana di Psichiatria*

Alessandra Kustermann
*Direttore di Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico,
 Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*

Si ringrazia



Con il patrocinio di:

Ministro per le Pari Opportunità

Associazione Italiana Donne Medico

O.N.Da

Foro Buonaparte, 48 • 20121 Milano • Tel: 02.29015286 • Fax: 02.29004729
e-mail: info@ondaosservatorio.it • www.ondaosservatorio.it