

REPORT

**“La violenza contro le donne:
un potente fattore di rischio per la salute”**

E.C. M. Corso di aggiornamento per operatori sanitari (2004) ASL Napoli 1

U.O. di Psicologia Clinica

direttore : dott. Elvira Reale

● **Gli obiettivi della formazione**

❖ Il primo obiettivo è la conoscenza più ampia possibile del fenomeno della violenza contro le donne:

- conoscere l'estensione del fenomeno, sapere che una donna su quattro nell'arco della vita subisce violenza e che una donna su dieci subisce violenza nell'ultimo anno di vita.

Conoscere il collegamento della violenza con i processi di formazione delle patologie. Ricerche in questa direzione sono state condotte a partire dalle donne che hanno subito violenza; scarse ancora sono le ricerche sulle patologie in donne che non hanno denunciato fatti di violenza. Ciò significa che il mondo medico non ha ancora mosso i propri passi in autonomia provvedendo a svolgere una indagine eziologica a tutto campo sulle patologie a più alto impatto tra la popolazione femminile, come ad esempio

❖ Il secondo obiettivo è quindi l'ampliamento delle prassi clinico-diagnostiche:

- ampliare l'attività diagnostica significa inserire nelle pratiche cliniche la violenza come probabile co-fattore eziologico e di rischio; significa guardare al processo patologico non solo come un dato autonomo del *bios* ma anche come possibile conseguenza e prodotto di azioni esterne come la violenza in tutti i suoi aspetti, da quella fisica a quella psicologica;

❖ Il terzo obiettivo è la prevenzione attraverso l'informazione data alla donna:

- la violenza denunciata spontaneamente dalla donna è la minima parte di un fenomeno molto più ampio e sommerso. La donna non conosce gli effetti della violenza sulla salute, non sa che tollerare la violenza ha costi elevati sull'equilibrio psico-fisico: informare la donna diviene allora il compito principale di ogni servizio sanitario che ha tra la sua utenza prevalente le donne. L'informazione deve riguardare sia il rapporto violenza - malattia sia i luoghi specifici (Servizi, Centri antiviolenza, ecc.) dove la donna può

discutere i suoi problemi e darvi opportuni inquadramenti prima che essi si trasformino in percorsi di malattia.

Il **CAP (Conoscere Ampliare Prevenire)** costituisce una strategia formativa che il nostro seminario di formazione propone all'interno del mondo sanitario per combattere non solo gli effetti della violenza contro le donne, ma anche per allertare le donne sui danni fisici e psichici che la tolleranza della violenza comporta.

■ Il primo obiettivo: conoscere il fenomeno

I dati presentati nel corso di formazione fanno riferimento essenzialmente a tre importanti istituzioni sanitarie internazionali: all'Organizzazione mondiale della sanità (WHO) all'Associazione americana dei medici di famiglia; alle Nazioni Unite.

1. Dati sulla violenza domestica

⇒ il *World Report on Violence and Health* (2000, WHO) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con i riferimenti specifici al capitolo 4 che sulla violenza del partner, ovvero la violenza familiare "violence by Intimate Partner (IPV)" ed al capitolo sei sulla violenza sessuale "Sexual violence (SV)" pone in evidenza il problema della violenza contro le donne e dei suoi effetti come problema di estrema rilevanza per la salute.

Per l'OMS infatti la *violenza di Genere (Gender-based violence, GBV)* o violenza contro le donne (*Violence Against Women VAW*), è in tutto il mondo il più grande problema di salute pubblica e di diritti umani violati. (Is a major public health and human rights problem throughout the world).

"La violenza contro le donne è un problema di salute pubblica.

Le donne e le ragazze sono a rischio di violenza soprattutto nella famiglia.

La violenza in famiglia agita dai partner o ex-partner è quella più diffusa nel mondo

La violenza non è solo quella sessuale.

La violenza è anche economica, verbale, psicologica e fisica.

La violenza ha serie conseguenze sulla salute fisica e psichica delle donne



I medici e gli operatori della sanità devono imparare a chiedere alle donne se subiscono violenza. Le donne devono incominciare a parlare della violenza per poter essere aiutate ad uscirne.”

L’OMS ha individuato due priorità nella lotta contro la violenza:

- **la violenza contro le donne perpetrata da un partner di sesso maschile, è conosciuta come violenza domestica (Intimate Partner Violence, IPV) Questa violenza include violenza fisica, abuso emotivo e psicologico, ed ogni forma di comportamento di controllo oppressivo e coercitivo della libertà della donna;**
- **La violenza sessuale che include lo stupro ed ogni forma di coercizione sessuale perpetrata sia dal partner ed all’ex-partner che da altri.**

La violenza domestica, cuore del problema della violenza contro le donne, è caratterizzata da un pattern di comportamenti coercitivi che possono includere percosse ripetute e lesioni, abusi psicologici, aggressioni sessuali, progressivo isolamento sociale, deprivazioni e intimidazioni. Questi comportamenti sono perpetrati da qualcuno che è o è stato coinvolto in una relazione intima con la vittima. Sebbene alcune donne siano capaci di sfuggire ad una relazione violenta dopo la prima aggressione, molti abusi sono ricorrenti e si incrementano nella frequenza e nella gravità. Inoltre, l’indipendenza della donna può essere compromessa dalla mancanza di autonomia economica dalla presenza di figli in età minore e dal bisogno di avere un compagno che la sostenga: il compagno quindi può limitare l’accesso al cibo, ai vestiti, al denaro, agli amici, ai mezzi di trasporto, alle cure mediche, ai servizi sociali o al lavoro.

La ricerca non è stata in grado di evidenziare un profilo psicologico o culturale della donna maltrattata. Tuttavia, alcuni gruppi di donne appaiono piuttosto a rischio per l’abuso: donne single, separate o divorziate (o che stanno pianificando una separazione o un divorzio); donne che hanno un’età compresa tra i 17 e i 28 anni; donne che abusano di alcool o di droga o che hanno un partner che ne fa uso; donne incinte, donne i cui compagni sono eccessivamente gelosi o possessivi. I bambini che crescono in una famiglia violenta possono essere maggiormente a rischio di perpetuare o di fare esperienza di violenza nell’età adulta, ma non tutti i partner abusanti o le donne abusate sono stati esposti alla violenza familiare durante la crescita.

La violenza domestica attraversa tutte le razze, le etnie, le religioni, le linee educative e socioeconomiche. Tuttavia, i medici dovrebbero essere consapevoli che l’ambiente familiare della donna, così come la sua cultura e le sue credenze religiose, possono influenzare la sua percezione dell’abuso. Inoltre, la sua condizione socioeconomica influenza l’accesso alle cure mediche. Le donne con un più alto status socioeconomico sono più facilitate nel ricercare le cure all’interno di una istituzione privata, mentre per le donne con un reddito basso è più facile recarsi nelle cliniche e nei dipartimenti di emergenza.

Gli studi indicano che 2 milioni di donne all'anno sono aggredite dai loro compagni, ma gli esperti ritengono che l'incidenza dei casi di violenza da parte del partner si avvicini probabilmente ai 4 milioni di casi all'anno.

- Circa un quarto di donne negli stati uniti – più di 12 milioni – saranno abusate almeno una volta nel corso della loro vita dal loro attuale o dal precedente partner
- Il 47% dei mariti che picchiano le mogli lo fanno 3 o più volte nel corso dell'anno
- Secondo le statistiche dell'FBI, il 30% delle donne morte nel 1990 sono state uccise dal proprio marito o fidanzato. si stima che il 52% delle donne assassinate siano state uccise dal loro attuale o dal precedente compagno
- Il 14% di tutte le donne sposate riferisce di essere stata stuprata dall'attuale o dal precedente compagno e lo stupro si configura come una delle più significative e maggiori forme di abuso nel 54% dei matrimoni violenti.

Gli studi italiani condotti dall'ISTAT, limitatamente a violenza e molestie sessuali contro le donne, confermano le stime internazionali.(Sabbadini L.L., "La sicurezza dei cittadini. Molestie e violenze sessuali, ISTAT, Roma, 1998)

Questa ricerca si inserisce nell'ambito di un più ampio studio sulla sicurezza dei cittadini, riguardante la rilevazione di alcuni reati contro la persona e contro il patrimonio, sul modello di altre indagini di vittimizzazione. Si tratta di un'indagine a campione limitata a **molestie e violenze sessuali**, che ha permesso comunque di acquisire rilievi importanti di prevalenza sull'intera popolazione.

Il campione consiste in 20.064 donne, tra i 14 e i 59 anni, equamente distribuite a seconda delle aree geografiche e delle caratteristiche territoriali. Il questionario, utilizzando una tecnica di rilevazione telefonica, ha focalizzato l'attenzione su alcune molestie ben individuabili come telefonate oscene, esibizionismo, ricatti sul lavoro, molestie fisiche; non sono stati considerati i maltrattamenti e, tra le varie forme di violenza sessuale, sono stati presi in considerazione lo stupro e il tentato stupro. Dalla ricerca ISTAT risulta che la maggioranza delle donne intervistate (51,6%) ha subito nell'arco della vita almeno una delle molestie sessuali considerate. Per lo stupro ed il tentato stupro l'incidenza è dello 0,6% e del 3,6%, rispettivamente, con tendenza ad una maggior concentrazione nell'area geografica del Centro-Nord. Per quanto riguarda le molestie, al primo posto si collocano le telefonate oscene (33,4%), seguite dalle molestie fisiche (24%), dall'esibizionismo ed infine dai ricatti sessuali sul lavoro (4,2%). Sul totale, soltanto il 16,8% dei tentati stupri e il 7,3% degli stupri risulta denunciato. Considerando gli ultimi tre anni, sono l'1,3% dei tentati stupri totali ed il 32% degli stupri ad essere stati denunciati: estrapolando, significa che 174mila le donne che hanno subito un tentativo di violenza e 14mila che sono state violentate, non hanno sporto denuncia. Del tutto recentemente sembra emergere una maggiore propensione a rivolgersi all'autorità giudiziaria, soprattutto da parte delle donne a più elevato grado di istruzione. I reati vengono denunciati più facilmente se compiuti da estranei (15,5%), piuttosto che da persone conosciute (4%). Nel caso delle molestie fisiche il rapporto appare praticamente invertito: gli autori di questo delitto sono infatti in prevalenza persone sconosciute alla donna e i luoghi più a rischio sono il mezzo pubblico e la strada. La violenza sessuale più frequente è quella intrafamiliare: avviene per lo più in casa e vede coinvolti amici, conoscenti, fidanzati, parenti, colleghi di lavoro.. Un'analisi multivariata dei dati permette di individuare diverse tipologie di violenza sessuale : il 54,2% sono le " violenze inattese", opera di amici, fidanzati, conoscenti; in prevalenza si tratta di tentati stupri che non vengono poi denunciati (98,7%) i cui luoghi sono la casa o l'automobile e

le cui vittime sono donne fino a 34 anni, istruite e residenti nel Centro-nord. La violenza sessuale sul lavoro incide per un 10,7 %: superiori o colleghi sono gli autori e il luogo è quello del lavoro. Il 5,5% delle denunce riguarda questo tipo di violenza.. La “violenza sessuale di strada” coinvolge invece il 22,5% del campione: si tratta di donne tra i 25 e 40 anni, istruite, che ricorrono alla denuncia nel 22,4% dei casi, il luogo principale della violenza è la strada (64,6%) e gli autori sono estranei (85,8%). La violenza ripetuta in famiglia, per quanto sia quella di gran lunga più frequente, viene rilevata solo nel 4,9% del campione: le donne di questo gruppo hanno 35-59 anni, sono di strato sociale basso ed è il marito l'autore del reato. Nel 45,1% sono separate o divorziate.

Gli studi clinici sottolineano la prevalenza della violenza domestica nella sua relazione con traumi continui e ripetuti e nei conseguenti problemi medici e psicologici. Più della metà di tutte le aggressioni non letali sono costituite da lesioni e il 10% delle vittime necessita di una ospedalizzazione o di un trattamento medico di emergenza. Il 75% delle donne picchiate, identificate per la prima volta in un contesto medico, andrà avanti nel sopportare abusi ripetuti. Secondo numerosi studi, le donne maltrattate rientrano:

- Tra il 22% e il 35% delle donne che richiedono assistenza nei pronto soccorsi per una qualsiasi ragione, la maggioranza delle quali è stata visitata da un altro servizio medico o non traumatologico
- Una percentuale compresa tra il 19 e il 30% delle donne ferite è stata vista nei dipartimenti di emergenza
- Il 14% delle donne è visitata negli ambulatori interni alle cliniche mediche (il 28% è stata picchiata in qualche occasione).

Le donne maltrattate costituiscono poi:

- il 25% delle donne che tentano il suicidio
- il 25% delle donne che usufruiscono di un servizio di emergenza psichiatrica
- il 23% delle donne incinte con un parto prematuro
- tra il 45% ed il 59% delle madri di bambini abusati.

Molte ricerche si sono focalizzate su donne che sono state picchiate dai loro compagni uomini, e, infatti, le donne sono più facilmente a rischio rispetto agli uomini di essere seriamente ferite dai loro compagni. Tuttavia, i termini “abuso del coniuge” e “abuso del compagno” riflettono la consapevolezza che anche gli uomini possono essere abusati all'interno di una relazione intima. Non si conosce l'estensione con cui le scoperte sulle donne maltrattate possano essere applicate anche agli uomini abusati dalle donne, o al sottovalutato problema della violenza all'interno delle relazioni tra gay o lesbiche.

⇒ L'AMA (American Medical Association) nel giugno 2002 ha pubblicato una linea guida per i medici finalizzata alla prevenzione, all'individuazione precoce ed al trattamento dei casi di violenza tra la popolazione femminile dei servizi sanitari :*“Connecting the Dots to Prevent Youth Violence. A Training and Outreach Guide for Physicians and Other Health Professionals”*

L'AMA sottolinea che

- la violenza domestica è un crimine

- Che la sicurezza delle vittime della violenza domestica e dei loro bambini deve essere prioritaria
- Che c'è bisogno di cambiare i tradizionali servizi, incluse le cure mediche, per incontrare i bisogni delle donne abusate

Sottolinea ancora che, ebbene vi siano molti stereotipi che circondano le vittime della violenza di genere, in realtà essa può capitare a tutte le donne. Le vittime della GBV (Gender Based Violence) possono essere sia povere che ricche, acculturate o illetterate, sposate, vedove o nubili. L'organizzazione mondiale della salute (WHO) ha stimato che almeno 1 donna su 5 ha subito una violenza nel corso della vita. Altri studi hanno menzionato una statistica di 1 donna su 3. la GBV può avere conseguenze a lungo termine sia sul piano fisico che su quello psicologico e interferisce con molti aspetti della vita delle vittime.

Queste linee guida dell'AMA sono finalizzate a:

- Familiarizzare con la portata del problema
- Descrivere come identificare l'abuso e la violenza mediante lo screening e il riconoscimento dei segnali clinici
- Aiutare a stimare l'impatto dell'abuso e della violenza sulla salute e sul benessere della paziente
- Dare esempi sulle modalità con cui formulare domande in modo tale da elicitarne risposte significative e aiutare le donne a valutare alternative e le azioni
- Dare informazioni sulle risorse appropriate a cui riferirsi
- Familiarizzare il lettore con gli aspetti legali della cura medica, inclusi i requisiti del referto

⇒ Anche le Nazioni Unite (United Nations Populations Fund UNPFA) hanno affrontato il problema presentando un programma integrato di iniziative da sviluppare nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Il Programma "*Programme Guide for Health Care Providers and Managers*" è rivolto all'adeguamento delle strutture sanitarie.

Il Programma descrive la serietà degli effetti a lungo termine della violenza di genere (GBV). Identifica una serie di punti strategici iniziali a partire dai quali la UNPFA avrebbe potuto iniziare a lavorare sul problema della GBV. Una delle raccomandazioni più forti era che i servizi sulla salute integrassero al loro interno il trattamento della GBV che costituisce un grave impedimento per la vita riproduttiva e la salute della donna e una violazione dei diritti umani.

Le Nazioni Unite ribadiscono che una grande maggioranza di donne, nel mondo, ha subito una violenza. Tuttavia, molte donne non ne parleranno a meno che non ne siano direttamente interrogate. Inoltre, poche medici sono stati formati all'individuazione di tale problematica con le loro pazienti e poche cliniche hanno attività specificamente rivolte all'individuazione dei bisogni di chi è vittima di GBV. Le donne soffrono in silenzio per l'assenza di un qualcuno di cui fidarsi, con il quale poter parlare della violenza presente nella loro vita – qualcuno che le ascolti in modo sensibile e che dia delle risposte di supporto.

Per rompere questo silenzio, suggerisce l'UNPFA, è necessario attuare una strategia innovativa che assista le vittime di violenza mediante l'integrazione della diagnosi e del trattamento della GBV.

2. Descrizione delle varie forme di abuso che identificano la violenza domestica ed i suoi effetti

⇒ Forme di maltrattamento ed abuso

La violenza domestica è un'esperienza continua, debilitante, di un abuso fisico, psicologico e/o sessuale, associata ad un crescente isolamento dal mondo esterno e limitante la libertà individuale e l'accessibilità alle risorse. Quando ad una donna è procurato un danno psico-fisico o è controllata con minacce o con l'uso della forza fisica, ella è stata abusata. Il rischio di abuso è maggiore quando una donna è isolata dalle reti di supporto.

Solitamente, l'abuso fisico è ricorrente e si incrementa sia nella frequenza che nell'intensità. Esso può includere i seguenti aspetti:

- stratonamenti, spintoni, schiaffeggiamenti, pugni, calci, soffocamenti;
- aggressione con un'arma;
- prendere violentemente, bloccare o trattenere;
- lasciare in un luogo pericoloso;
- rifiutarsi di dare aiuto in caso di necessità.

L'abuso emotivo o psicologico può precedere o accompagnare la violenza fisica come tentativo di controllo mediante la paura e la degradazione. Esso include i seguenti aspetti:

- minacce di danni morali e fisici;
- isolamento fisico e sociale;
- estrema gelosia e possessività;
- deprivazione;
- intimidazione;
- degradazione ed umiliazione;
- chiamare la donna con soprannomi oltraggiosi, e criticarla costantemente, insultarla e minimizzarla;
- false accuse, rimproveri per tutto;
- ignorare, respingere o ridicolizzare i bisogni personali;
- mentire, non mantenere le promesse, distruggere la fiducia;
- guidare velocemente e spericolatamente per spaventare e intimidire.

L'abuso sessuale all'interno di una relazione violenta è spesso l'aspetto dell'abuso più difficile da discutere. Esso può assumere qualsiasi forma di atto sessuale forzato o di degradazione sessuale, come:

- tentativi di avere prestazioni sessuali contro la volontà;
- perseguire atti sessuali quando la donna non è pienamente cosciente, non lo ha chiesto o ha paura di dire no;

- picchiare durante il rapporto sessuale o aggredire i genitali, inclusa la penetrazione vaginale, orale o anale con oggetti o armi;
- costringere ad avere rapporti sessuali senza precauzioni per la gravidanza o le malattie sessualmente trasmesse.
- criticare o rivolgere appellativi sessuali degradanti

⇒ **Effetti della violenza familiare sulla salute**

Conseguenze psicologiche e comportamentali sulla salute

- Abuso di alcool e di farmaci
- Depressione ed ansia
- Disturbi dell'alimentazione e del sonno
- Sentimenti di colpa
- Fobie ed attacchi di panico
- Inattività fisica
- Bassa auto-stima
- Disturbo post-traumatico da stress
- Disturbi psico-somatici
- Tentativi di suicidio
- Fumo
- Comportamenti sessuali non protetti

Conseguenze fisiche

- Lesioni addominali e toraciche
- Contusioni e lividi
- Dolore cronico
- Disabilità
- Fibromialgia
- Fratture
- Disturbi gastrointestinali
- Sindrome dell'intestino irritabile
- Lacerazioni ed abrasioni
- Danni oculari
- Riduzione del funzionamento fisico

Conseguenze sulla salute sessuale e riproduttiva

- Disturbi ginecologici
- Infertilità
- Infiammazione pelvica
- Complicazione in gravidanza
- Disfunzioni sessuali
- Malattie sessualmente trasmesse, incluse HIV/AIDS
- Aborti in condizioni precarie
- Gravidanze non volute

■ Il secondo obiettivo: la formazione degli operatori all'interno della pratica clinica per diagnosticare e mettere in evidenza la violenza di genere

La GBV (Gender Based Violence) è un problema di salute pubblica, dichiarato tale dalle massime istituzioni sanitarie nel mondo. Introdurla nei contesti di salute è uno dei modi per intervenire in tale problema. In questo contesto, il focus sulla diagnosi, intervento e trattamento della GBV riguarda la prevenzione secondaria e terziaria. Infatti la prevenzione primaria, ridurre il fenomeno della violenza contro le donne, non è solo problema sanitario, ma soprattutto sociale e politico.

Le attività sanitarie di prevenzione secondaria e terziaria possono includere uno screening per l'intervento iniziale (prevenzione secondaria) e l'intervento per minimizzare la gravità degli effetti a lungo termine (prevenzione terziaria).

I medici che lavorano all'interno di programmi per le donne visitano sia donne che sono al momento in una relazione violenta, sia donne che lo sono state in passato. Inoltre, è chiaro che anche se alcune pazienti non sono più coinvolte in tale relazione, potrebbero ancora sperimentarne gli effetti di lungo termine. Vi sono anche donne che sono state abusate durante l'infanzia o l'adolescenza e, sebbene ciò sia accaduto molti anni prima, esse stanno ancora sperimentando gli effetti del trauma precoce. Inoltre, le donne vittime di stupro possono non averlo ammesso a se stesse per molto tempo, sebbene sofferenti dal punto di vista fisico a psicologico a causa della violenza subita.

Per inserire la problematica della violenza nei contesti sanitari occorre una formazione specifica degli operatori sulla tematica medica, psicologica, sociale e legale connessa.

In ordine vanno affrontati:

- 1. i problemi di consapevolezza delle donne,**
- 2. i problemi di consapevolezza degli operatori,**
- 3. i problemi di diagnosi clinica e di trattamento integrato,**
- 4. i problemi che riguardano la sicurezza della paziente,**
- 5. i problemi legali.**

1. Barriere ed ostacolo alla consapevolezza della paziente

Molte donne sono riluttanti o incapaci di chiedere aiuto. Alcune sono letteralmente tenute prigioniere e non hanno il permesso di uscire di casa. Altre possono non avere denaro o mezzi di trasporto. Alcune, se si sono recate in un servizio sanitario, devono lasciarlo prima di essere scoperte, piuttosto che incorrere nel rischio di essere picchiate per essere tornate tardi a casa.

L'esperienza infantile di un abuso fisico o sessuale, o l'essere testimoni delle violenze in famiglia, rende più difficile per una donna maltrattata riconoscere una relazione come abusante e fare dei passi per proteggersi. Anche la cultura, l'etnia, o l'educazione religiosa possono influenzare la risposta di una donna all'abuso e le sua

consapevolezza sulle possibili forme di reazione o di opposizione. Le altre ragioni per tenere nascosta la violenza includono:

- la paura che la rivelazione metta a rischio la sua sicurezza;
- la vergogna e l'umiliazione del modo con cui è trattata;
- la credenza di meritare l'abuso e di non meritare di essere aiutata;
- sentimenti di protezione verso il compagno, sostenuti dall'orientamento alla cura proprio del ruolo materno. Inoltre il partner può rappresentare la sua unica fonte di amore e affetto quando non è violento e può essere il solo a provvedere per il supporto economico per lei e per i suoi figli;
- assenza di consapevolezza rispetto al fatto che i suoi sintomi fisici sono causati dallo stress del vivere in una relazione violenta;
- credenza che le lesioni non siano gravi abbastanza da essere rivelate e denunciate.

Poiché l'esperienza della violenza è così degradante e umiliante, una donna può essere riluttante a parlarne con qualcuno che non la prenda sul serio, che minimizzi la sua esperienza, che la percepisca come meritevole dell'abuso o che la colpevolizzi per il fatto che continua a stare con il suo abusatore. Ella teme che rivelare l'abuso metterà a rischio la sua sicurezza e distruggerà i suoi mezzi di supporto: continuerà quindi la relazione sperando che la situazione cambi. Il compagno può non essere sempre violento, il che le dà speranza che possa cambiare in futuro.

2. Barriere ed ostacoli alla consapevolezza degli operatori

Fino a tempi recenti, raramente i medici parlavano di problematiche di abuso e violenza, anche quando erano presenti segni e sintomi. Ci sono molte ragioni per le quali i medici possono evitare di fare domande sull'abuso e per le quali sembra difficoltoso farlo inizialmente. Tra queste vi sono:

- mancanza di consapevolezza della prevalenza, del significato, della gravità del problema, e mancanza del riconoscimento dei costi sociali e psicologici dell'abuso;
- la credenza che non sia compito del medico intervenire o che la donna possa aver provocato l'abuso;
- ritenere che l'identificazione dell'abuso e la sua denuncia alle autorità non sia parte dei compiti di un medico;
- non sapere come intervenire o aiutare anche quando si riconosce che una donna è stata picchiata;
- incolpare la paziente e sentire frustrazione o rabbia se la paziente non lascia il compagno;
- non crederle perché il presunto assalitore è presente e sembra molto preoccupato e gentile;
- preoccupazione per il fatto che il discutere di problematiche psico-sociali richieda una grande quantità di tempo;

- difficoltà di affrontare i sentimenti evocati dall'ascolto di una donna che descrive cosa le è stato fatto. Il medico può sentirsi impotente o inadeguato se non è in grado di fare qualcosa per fermare la situazione.

Rompere le barriere che impediscono ai medici di parlare di GBV è cruciale. Conoscere cosa sono queste barriere e superarle costituisce la chiave che consente di intervenire con successo con le vittime di GBV. A causa del loro ruolo di curanti, i medici sono tra le poche persone nella vita delle vittime in grado di identificare, diagnosticare e trattare la GBV. Fatto più importante, i medici hanno la possibilità di curare con le loro parole e atteggiamenti. Gli studi mostrano che le vittime di GBV sono capaci di guarire dal trauma, e la parte più importante in questo processo di guarigione è di avere un'altra persona che dia un nome e una valenza alla loro esperienza, in un modo comprensibile ed essenziale.

Le barriere degli operatori al riconoscimento ed individuazione della violenza familiare comportano l'assunzione di alcuni meccanismi difensivi. Quelli di cui parleremo di seguito sono considerati come i più frequenti tra gli operatori sanitari.

⇒ **Diniego**

Il diniego costituisce la forma più comune di risposta alla GBV. La GBV è un argomento sconvolgente e può suscitare nei medici dei sentimenti di impotenza.

Una delle modalità con cui le persone reagiscono all'esperire tali emozioni è di distanziarsi dall'accaduto, come se esso non fosse mai successo. Il diniego da parte del medico può suscitare nella vittima la sensazione che elle sia l'unica persona a cui stia accadendo ciò o che sia lei a provocarlo.

Alcune ricerche negli Stati Uniti hanno mostrato che circa il 40% dei medici riferiscono di avere avuto esperienze di abuso fisico e/o sessuale ad un certo punto delle loro vite. Se i medici che sono stati vittima di GBV non ne hanno parlato e non hanno ottenuto il supporto e l'aiuto di cui avevano bisogno, sarà più difficile per loro parlare di tale argomento con le pazienti.

⇒ **Razionalizzazione**

I medici spesso non sanno come rispondere all'ascolto di una storia traumatica di violenza. Sebbene possano essere competenti nel dare il necessario trattamento medico alle donne che riportano contusioni sul loro corpo, sono in imbarazzo verso la ricerca e la comprensione delle cause di tali lesioni.

I medici possono trovare delle motivazioni per non parlare della violenza affermando che essa è un argomento che non compete al loro ruolo. Questa risposta può non lasciare alle pazienti speranze di ottenere aiuti e serve anche per normalizzare l'abuso che hanno subito. Sebbene i medici debbano spendere molto tempo con le pazienti, fare delle domande e fare una diagnosi corretta può far guadagnare del tempo in quanto la donna può non avere bisogno di continue visite da parte del medico a causa dei danni provocati dalla GBV. Prendere del tempo per fare domande che si riferiscono alla GBV può in definitiva salvare la vita ad una donna.

⇒ **Minimizzazione**

La minimizzazione serve a rendere ciò che i medici sentono come travolgente in qualcosa di minore. La serietà della GBV è ignorata poiché è il punto di connessione tra il passato della vittima e i sintomi fisici e psichici attualmente presenti. Di fronte a qualcuno che minimizza il loro dolore e i loro problemi, le vittime possono sentire tristezza e confusione in quanto possono avere avuto esperienza di numerosi sintomi dovuti alla violenza, ma non aver trovato nessuno che le aiutasse ad imparare a riconoscere queste connessioni.

⇒ **Identificazione**

L'identificazione avviene quando una persona sente una sintonia con un'altra persona a causa di qualcosa che è in comune, come l'etnia, la classe sociale, il genere, o altre caratteristiche. Questo può far sentire un immediato legame. Ma, in alcune circostanze, l'identificazione può essere svantaggiosa. Così, ad esempio, se tale legame avviene tra i membri del personale e una paziente e i membri ascoltano dalla paziente una storia di minacce e maltrattamenti, come ad esempio uno stupro o un abuso infantile, ci può essere un forte impatto sui membri dello staff. Come risposta all'ascolto di ciò, il medico può distanziarsi dalla vittima. Questo tipo di risposta è un tentativo di sentirsi al sicuro di fronte all'ascolto di racconti di violenza, che causano sentimenti di vulnerabilità.

3. I problemi di diagnosi clinica e di trattamento integrato

La consapevolezza del problema della violenza contro le donne e dei suoi effetti per la salute comporta una revisione delle pratiche di accoglienza e delle procedure che riguardano la prima visita della paziente.

⇒ **I servizi devono fare domande**

La prima modifica nella accoglienza di una paziente in ogni tipo di servizio sanitario è inserire nelle procedure e nei protocolli di accettazione domande sulla violenza familiare.

Individuare la GBV è il primo passo critico importante per dare aiuto alle vittime di violenza e farle uscire dal problema. Poiché sappiamo che tutte le donne sono vulnerabili alla GBV, è importante fare domande a tutte le donne che si recano ad un servizio sanitario.

Molte vittime non dichiarano spontaneamente di essere vittime di GBV. Spesso non hanno mai detto a nessuno della loro esperienza. Gli studi mostrano che molte vittime non sono mai state interrogate sulla GBV dai loro medici. Inoltre, gli studi condotti laddove le donne sono state interrogate mostrano che il 70% delle donne dice "sì" ma solo il 6% delle donne afferma di aver risposto a delle domande sulla violenza. Il 90% delle donne ritiene che il medico potrebbe aiutarle con i problemi che hanno a causa della violenza che stanno subendo. Le vittime riferiscono che, sebbene sia difficile parlarne inizialmente, sarebbero disposte a farlo, in privato, con un medico che faccia loro domande sulla violenza all'interno di un contesto di cure e non valutativo.

La realtà è che molte di queste donne hanno atteso per molto tempo che qualcuno chiedesse loro della violenza presente nella loro vita.

I medici devono essere sensibili e non valutativi

- quando portano a galla l'argomento
- se la paziente dice "sì"
- quando dicono alla paziente che nessuno merita di essere picchiato o abusato
- quando istruiscono le pazienti sulle possibili conseguenze fisiche e psicologiche a cui possono andare incontro
- quando referano e discutono con la paziente

⇒ **Il processo dell'intervista**

La violenza domestica e le sue sequele mediche e psichiatriche sono sufficientemente prevalenti da giustificare lo screening ordinario di tutte le donne che si recano come pazienti nei servizi di emergenza, chirurgici, di cura primaria, pediatrici e prenatali, di salute mentale. Poiché alcune donne inizialmente potrebbero non riconoscersi come "maltrattate", i medici dovrebbero ordinariamente porre a tutte loro domande specifiche e dirette sull'abuso. Alcune domande possono essere comprese nella storia sociale, nell'anamnesi medica o nell'anamnesi delle malattie attuali.

Sebbene le donne possano non identificarsi come soggetti di un abuso, molte ne parleranno se interrogate con domande semplici, dirette, poste in modo non giudicante e in un contesto confidenziale. La paziente dovrebbe essere interrogata da sola, senza la presenza del compagno. Il medico dovrebbe fare delle affermazioni chiaramente supportive, come ad esempio "poiché l'abuso e la violenza sono così comuni nella vita delle donne, comincio farle delle domande che rientrano nella pratica ordinaria".

Anche se la paziente occasionalmente non risponde, il fatto che una persona che funge da supporto sia preoccupata e ritiene che il maltrattamento sia una possibilità lascerà un'impronta. La preoccupazione del medico riguardo l'abuso conferma i suoi sentimenti e rinforza la sua capacità di ricercare un aiuto quando si sentirà pronta e capace di farlo.

Le domande di routine sulla violenza non solo identificano le donne che allo stato attuale sono abusate ma servono anche ad accertare la sicurezza di quelle donne che hanno subito dei maltrattamenti in passato e per accrescere la consapevolezza di quelle che non si sono trovate in una relazione abusante.

Un accertamento ordinario poi è particolarmente importante per le donne che hanno lasciato una relazione violenta: lasciare un partner violento o programmare un divorzio può incrementare il rischio di violenza. I medici dovrebbero fornire dei follow-up appropriati durante il procedimento legale e assicurare i bisogni della donna rispetto ad un rifugio di emergenza o ad altre risorse.

Una visita medica può figurarsi come la sola opportunità per mettere fine al ciclo di violenza prima che vi siano attacchi più seri, e l'intervento comincia con la richiesta di informazioni. Fornire alla donna un diverso tipo di esperienza, nella quale è rispettata e presa sul serio, che le consenta di capire che non merita di essere abusata, che le

fornisca la possibilità di un supporto e di sicurezza, e che incoraggi le sue scelte e le prese di decisione, è terapeutica di per sé ed è un passo importante. Le domande sulla violenza domestica dovrebbero essere poste verbalmente ed in un modo non giudicante. Ecco alcuni esempi di domande raccomandate:

Le domande generali

- Le domande generali da includere nella prima visita che hanno mostrato una elevata sensibilità ai fatti di violenza (75%-85%)
 - ▲ “Si sente mai insicura in casa sua?”
 - ▲ “Qualcuno ha mai provato a picchiarla o farle male?”

Le domande specifiche

- si trova coinvolta in una relazione in cui è stata fisicamente maltrattata o minacciata dal suo compagno? E' mai stata coinvolta in una relazione simile?
- Si trova o si è trovata coinvolta in una relazione in cui si è sentita trattata male? In che modo?
- Il suo compagno ha mai distrutto cose a cui lei teneva?
- Il suo compagno ha mai minacciato o abusato dei suoi figli?
- Il suo compagno l'ha mai costretta ad avere rapporti sessuali quando lei non voleva? l'ha mai usata per avere rapporti sessuali che la facevano sentire in imbarazzo?
- Tutti litighiamo in casa. Cosa succede quando lei e il suo partner litigate o siete in disaccordo?
- Ha mai paura del suo compagno?
- Il suo compagno le ha mai impedito di lasciare casa, di vedere gli amici, di lavorare o di continuare gli studi?
- Ha detto che il suo compagno fa uso di droghe/alcool. Come si comporta quando è beve o si droga? l'ha mai abusata verbalmente o fisicamente?
- Ha pistole in casa? Il suo compagno ha mai minacciato di usarle quando è arrabbiato?

⇒ La procedura diagnostica

Nella valutazione diagnostica l'operatore sanitario si trova di fronte ad effetti della violenza che si configurano come lesioni fisiche o psichiche. Ogni servizio: ginecologico, di medicina generale, di salute mentale deve quindi attrezzarsi per riconoscere i rischi determinati dalla violenza familiare sulla salute delle donne

Diagnosi ed indagini cliniche relative alla salute riproduttiva ed alla gravidanza

Gravidanza: a causa del rischio per la madre e per il feto, la diagnosi per l'abuso deve entrare a far parte delle normali cure prenatali e postpartum.

- Il quadro clinico che si collega alla violenza domestica include:

- lesioni, soprattutto al seno, all'addome, all'area genitale, o dolori non spiegati;
- abuso di sostanze, scarsa nutrizione, depressione, accesso alle cure prenatali ritardato o sporadico;
- aborti "spontanei", per errore o parti prematuri.

Diagnosi ed indagini cliniche relative alla salute mentale

La diagnosi per la violenza domestica va inclusa come aspetto ordinario delle visite e valutazioni psichiatriche e psicologiche.

I sintomi psichici dell'abuso comprendono:

- sentimenti di isolamento e incapacità di farvi fronte;
- tentativi o gesti di suicidio, singoli o ripetuti;
- depressione;
- attacchi di panico o altri sintomi ansiosi;
- abuso di alcool o di droga;
- reazioni post-traumatiche da stress.

Diagnosi ed indagini cliniche relative alla medicina generale e di urgenza

Nella diagnostica delle lesioni, i medici dovrebbero prendere in considerazione la possibilità di un'aggressione soprattutto quando la spiegazione di una donna sulle cause non sembra plausibile o quando c'è stato un ritardo nella ricerca di cure mediche.

- I più comuni tipi di lesioni che fanno pensare alla violenza domestica includono:
 - contusioni, abrasioni, lacerazioni minori, fratture e strappi;
 - lesioni alla testa, al collo, al torace, ai seni, all'addome;
 - lesioni durante la gravidanza;
 - lesioni ripetute o croniche.

Diagnosi ed indagini cliniche relative alla medicina specialistica

Anche nella diagnosi specialistica, ad esempio per le patologie cardiovascolari, gastroenterologiche, per l'ictus, per il diabete, ecc. va tenuta in considerazione una possibile eziologia da maltrattamento domestico.

- Una valutazione della violenza domestica va fatta quindi anche in presenza dei seguenti sintomi:
 - affaticamento, mancanza di concentrazione,
 - problemi ginecologici, frequenti infezioni vaginali e delle vie urinarie, dispareunia, dolore pelvico, disfunzioni sessuali;
 - mal di testa cronico;
 - complicazioni addominali e gastrointestinali;
 - palpitazioni, vertigini, parestesie, dispnea;
 - dolori al torace atipici;
 - uso frequente di tranquillanti minori prescritti o di antidolorifici;
 - frequenti visite con lamentele vaghe o sintomi senza una evidente anormalità fisiologica.

Molti medici infatti hanno notato che malattie croniche quali asma, ictus, diabete, artriti, ipertensione e problemi cardiaci possono essere esacerbati o poco controllati nelle donne maltrattate.

La coercizione sessuale e l'aggressione sono espressioni comuni della violenza domestica. Le diagnosi per l'abuso sessuale e lo stupro dovrebbero essere collocate nell'anamnesi sulla vita sessuale presa durante la prima visita ginecologica di routine, in relazione con il controllo delle nascite e nella valutazione presa durante la visita ginecologica ed ostetrica.

Valutazione clinica e segni comportamentali

La valutazione diagnostica nei vari servizi sanitari si poggia non solo su domande dirette e sulla raccolta di dati anamnestici mirati sulla violenza; ma anche sull'osservazione dei comportamenti della donna e del partner (se presente) all'atto della visita medica o psicologica.

Il controllo nella relazione da parte del partner è un indicatore frequente di una relazione abusante. Esso si evidenzia con:

- un accesso limitato alle normali cure mediche e/o a quelle di emergenza;
- mancata *compliance* con i regimi di trattamento;
- non avere il permesso di ottenere o prendere medicinali;
- appuntamenti persi, perdita dell'indipendenza nei mezzi di trasporto, nell'accesso alle finanze, nella comunicazione telefonica;
- fallimento nell'uso di preservativi o altri metodi contraccettivi;
- non essere informata dal partner di essere sieropositivo o di avere altre patologie a trasmissione sessuale.

Indichiamo anche un'altra serie di segni comportamentali nella donna, frequentemente associati con la violenza domestica. Le donne maltrattate esibiscono una varietà di risposte allo stress di un continuo abuso; alcune pazienti possono apparire spaventate, con un senso di vergogna, evasive o imbarazzate. Una donna abusata può credere di meritare l'abuso perché il suo abusatore le ha detto questo, per cui può prendersi la responsabilità della violenza per mantenere un senso di controllo sulla situazione e una maggiore stima di sé.

Altre evidenze includono:

- il partner accompagna la paziente, insiste nello stare con lei e risponde a tutte le domande che le sono rivolte;
- riluttanza della paziente nel parlare o nell'essere in disaccordo in presenza del compagno
- gelosia intensa ed irrazionale o ossessività espressa dal partner o riportata dalla paziente;
- diniego o minimizzazione della violenza da parte del partner o della paziente;
- un senso esagerato di responsabilità personale per la relazione, comprese auto-accuse per la violenza del compagno.

Valutazione clinica e documentazione

Referti medici ben documentati e completi sono essenziali per prevenire futuri abusi. Soprattutto, forniscono evidenze concrete della violenza e dell'abuso e dimostrano di essere cruciali nelle conseguenze di un caso legale. Se il referto del medico e le testimonianze al processo risultano in conflitto, il referto può essere considerato più attendibile. I referti dovrebbero essere fatti in modo preciso e professionale e dovrebbero includere:

- disturbo originario e descrizione dell'evento di abuso, usando dove possibile le parole proprie della paziente piuttosto che le affermazioni mediche. “mio marito mi ha picchiata con una mazza” è preferibile a “la paziente è stata picchiata”;
- anamnesi medica completa;
- anamnesi sociale rilevante;
- una dettagliata descrizione delle lesioni, comprensiva del tipo, del numero, della grandezza, della localizzazione, della risoluzione, delle possibili cause e delle spiegazioni date. Dove sia applicabile, la localizzazione e la natura delle lesioni dovrebbe essere riportata su una piantina anatomica o su un disegno;
- un'opinione se le lesioni siano state adeguatamente spiegate;
- i risultati di tutte le procedure di laboratorio pertinenti e di altre procedure diagnostiche;
- fotografie a colori e radiografie, se applicabili;
- se è stata fatta una denuncia e tutte le azioni intraprese.

Per i referti medici ammessi in tribunale, il medico deve essere preparato a testimoniare:

- che i referti sono stati fatti durante “il regolare corso del lavoro” al momento degli esami e del colloquio;
- che i referti sono stati fatti seguendo le ordinarie procedure;
- che i referti sono stati protocollati e il loro accesso è limitato allo staff di professionisti.

⇒ **Le indicazioni di trattamento**

Una volta che l'abuso è riconosciuto, sono possibili numerosi interventi, ma anche se una donna non è pronta ad allontanarsi dalla relazione o a prendere altri provvedimenti, il riconoscimento e la validazione del medico rispetto alla sua situazione sono importantissimi. Il silenzio, la trascuratezza o il disinteresse trasmette una tacita approvazione o un'accettazione della violenza domestica. Al contrario, il riconoscimento, la conoscenza e l'interesse confermano la serietà del problema e il bisogno di risolverlo.

La cura ottimale per una donna che vive una relazione violenta dipende anche dal lavoro di conoscenza del medico rispetto alle risorse comunitarie che possono procurare sicurezza, difesa e supporto.

Le lesioni o le complicazioni che rendono urgente una visita medica richiedono una valutazione e un trattamento appropriati. In più, i medici dovrebbero informarsi sull'uso da parte della paziente di antidolorifici, sonniferi o ansiolitici. I problemi psichici, compresa una severa depressione, disordini di panico, tentativi di suicidio o

abuso di sostanze possono ostacolare l'abilità della donna abusata nel valutare la situazione e nel fare azioni appropriate. Quando si presenta una condizione psichica seria, un piano di trattamento adeguato comprende una valutazione psichica e un trattamento. D'altro canto, i sintomi emotivi, comportamentali e cognitivi dell'abuso possono essere mal interpretati come primariamente psichiatrici.

Il medico deve accertarsi che gli specialisti della salute mentale a cui rimanda la paziente siano sensibili a queste problematiche.

L'alcool o la droga possono essere utilizzati per razionalizzare il comportamento violento. Chi perpetua la violenza e la famiglia possono insistere sul fatto che sia l'abuso di sostanze il problema. I dati indicano che sebbene l'abuso di sostanze e il comportamento violento coesistano frequentemente, il comportamento violento non avrà fine in assenza di interventi mirati sia alla violenza che alla dipendenza. Allo stesso modo, la malattia mentale raramente è la causa della violenza domestica, sebbene essa in un violento possa portare alla perdita del controllo ed accrescer la frequenza e l'intensità della violenza. Trattare unicamente la malattia mentale non porrà fine alla violenza. Devono essere considerati entrambi i problemi

La terapia di coppia o gli interventi familiari sono controindicati in caso di violenza domestica.

I tentativi di intraprendere una terapia familiare in presenza di una violenza in atto può incrementare il rischio di seri danni. *La prima preoccupazione deve riguardare la sicurezza della donna e dei suoi bambini.*

- ***Alcuni dati sull'implicazione dei figli nel maltrattamento materno***

Spesso le donne non sono le uniche vittime in casa: è riportato che l'abuso dei bambini accade in una percentuale che va dal 33 al 54% delle famiglie in cui è presente una violenza domestica tra adulti.

Nelle situazioni in cui anche i bambini sono vittime di abuso, le relazioni coordinate tra gli avvocati della vittima di violenza domestica e gli operatori sociali per la protezione del bambino devono essere utilizzati per assicurare la sicurezza sia della madre che dei bambini.

D'altro canto, il raccontare e l'investigare sull'abuso dei propri figli può incrementare il rischio di violenza della madre.

L'intervento al corso di formazione della dottoressa Romito ricercatrice dell'Università di Trieste, ha messo in luce la stretta connessione tra madri maltrattate e bambini abusati.

Le ricerche dicono che tra il 40% e il 60% dei mariti violenti sono anche dei padri violenti, quindi di fronte ad un marito violento dobbiamo occuparci anche dei bambini, di fronte ad un bambino maltrattato dobbiamo vedere cosa succede alla donna. Un dato che spesso sfugge ma che è stato messo in risalto con molta forza dalle ricerche di tipo epidemiologico è l'associazione tra maltrattamento alle donne e abuso sessuale sui bambini.

Ovviamente qualche volta un uomo violento può essere anche un padre attento, però è molto raro, spesso c'è un coinvolgimento dei bambini nella violenza alle donne, ma spesso c'è violenza proprio sui bambini stessi, allora le visite del padre, o quando egli va a prenderli nel week-end e così via... sono spesso situazioni di grande disagio per la donna.

Questa è una ricerca inglese in cui è stato seguito per due anni un gruppo di 55 donne che si erano separate da un uomo violento e i risultati sono abbastanza pesanti: su queste 55

donne, 52 sono state aggredite da questi ex uomini e la metà dei bambini sono stati abusati sessualmente e fisicamente dai padri durante le visite.

Questo è anche quello che noi osserviamo nella ricerca a Trieste: i maltrattamenti alle donne sono frequentissimi, ci sono questi uomini che con tutte le scuse cercano di vedere le donne, per parlare dei figli, per dare i soldi per esempio, per convincerla a tornare insieme e così via e questi incontri sono molto spesso occasione di violenza, anche di violenza sessuale. Ed i figli sono implicati in più modi in queste violenze.

4. Trattamento e sicurezza

Il medico nell'ambito della valutazione della violenza deve preoccuparsi della sicurezza della paziente

È necessario che il medico indaghi sulla sicurezza della donna maltrattata prima che ella lasci il contesto medico. La gravità delle lesioni attuali o passate non è un accurato predittore della violenza futura e molte donne minimizzano il dolore che provano.

Se una paziente rivela di trovarsi attualmente in una relazione violenta o se sta pensando di abbandonarla, deve essere diagnosticata per il rischio. Fare queste domande e trovare le risposte informerà la paziente sul suo livello di rischio. La conoscenza del livello di rischio aiuterà la paziente e il medico nella scelta delle soluzioni. Per aiutare in futuro la paziente, il medico deve pianificare delle azioni di sicurezza insieme alla paziente

- *la violenza è aumentata durante l'anno?*
- *L'abusante fa uso di alcool o droga?*
- *Ha minacciato di ucciderla?*
- *Ci sono armi in casa?*
- *Ha paura di ritornare a casa*

Dopo aver valutato la situazione, il piano di sicurezza della donna deve essere discusso prima che ella lasci il servizio cui si è rivolta.

Possono essere considerate varie alternative, ed è importante quindi che il medico si informi sul contesto di supporto della donna.

Andranno così esplorate una serie di condizioni, come ad esempio:

- *ha familiari o amici con cui stare?*
- *Vuole un accesso immediato ad una casa di accoglienza?*
- *Se nulla è disponibile, può essere ricoverata?*
- *Se non ha bisogno di un rifugio immediato, può essere munita di informazione sui rifugi o altre risorse per l'emergenza;*
- *Ha bisogno di interventi medici immediati?*
- *Vuole un accesso immediato ad una consulenza che la aiuti a parlare dello stress causato dall'abuso?*
- *Vuole un appuntamento di controllo per monitorare l'evolversi della situazione?*
- *Vuole dei riferimenti sulle organizzazioni locali che agiscono contro la violenza domestica?*

Se la paziente le richiede, fornirle informazioni scritte (inclusi numeri di telefono) circa le opzioni legali, i consultori della zona e i servizi di intervento sulla crisi, i rifugi e le risorse comunitarie

Problemi della sicurezza includono anche una particolare prudenza nel trattare di dati diagnostici e sanitari che riguardano le donne maltrattate. Attenzione particolare bisogna avere nel non fornire notizie a parenti della donna, nel non rilasciare certificati, attestazioni e prescrizioni di qualsiasi genere, a persone diverse dalla diretta interessata. Informare la donna ed i parenti che la documentazione sanitaria è coperta dal segreto di ufficio. Evitare colloqui con familiari abusanti o additati come tali dalla paziente

5. I problemi legali

Gli operatori sanitari devono essere consapevoli del fatto che la loro professione li mette di fronte a responsabilità e doveri nella gestione dei rischi per i pazienti.

Gestione del rischio

- *doveri verso la vittima*
- molti medici possono incontrare casi di violenza domestica nella loro pratica. I medici devono essere consapevoli dei loro obblighi in questi casi così come della loro vulnerabilità nel fallire la diagnosi e /o i referti sull'abuso domestico. In generale, fare ciò che è meglio o più appropriato dal punto di vista medico è un buon modo per gestire il rischio. Se una donna con lesioni è trattata da un medico che non indaga sull'abuso o accetta delle spiegazioni poco plausibili circa le lesioni così che ella ritorna alla situazione abusante e sopporta altre ingiurie, il medico può essere perseguibile per le lesioni conseguenti.
- vivere all'interno di una relazione violenta comporta un enorme carico di lavoro per il benessere fisico e psicologico della donna. Quando i medici cominciano a fare domande ordinarie sull'abuso, essi possono sentirsi sopraffatti dalla portata del problema e dall'ammontare della paura che alcune donne sperimentano all'interno di tale relazione intima.
- Pur continuando a mantenere il segreto professionale, è importante per i medici discutere con colleghi che diano supporto o forniscano suggerimenti sul modo migliore di affrontare la situazione.

Alcuni strumenti normativi, all'interno della realtà istituzionale italiana, devono essere conosciuti da tutti gli operatori nell'esercizio della loro attività medica in relazione ai problemi di violenza delle donne.

LEGGE 15 febbraio 1996 n. 66 Art. 609-bis (violenza sessuale), procedibile a querela di parte, tranne alcune fattispecie, procedibili di ufficio.

“Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali é punito con la reclusione da cinque a dieci anni.”

⇒ Art. 572 c. p. : Maltrattamenti in famiglia, procedibile di ufficio, bene tutelato è l'integrità psico-fisica

- Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.
- Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti anni.

Questo reato previsto nel codice Rocco, ha avuto negli anni 90 una estensione nella sua interpretazione che oggi comprende anche i maltrattamenti psicologici.

" Il delitto di maltrattamenti in famiglia è costituito da una condotta abituale che si estrinseca in più atti lesivi realizzati in tempi successivi ma collegati da vincoli di abitudine e da una unica intenzione criminosa di ledere in modo sistematico l'integrità fisica ed il patrimonio morale della vittima"

- "Nello schema dei delitti di maltrattamento in famiglia non entrano solo le percosse, le minacce e le ingiurie e le privazioni imposte alla vittima ma anche gli atti di scherno, di disprezzo di umiliazione, di vilipendio e di asservimento che cagionano durevole sofferenza morale"
- Ai fini della configurabilità del delitto di maltrattamento in famiglia non assume rilievo il fatto che gli atti lesivi siano alternati con periodi di normalità; un intervallo di tempo tra una serie e l'altra di atti lesivi non fa venir meno l'esistenza del reato, ma può dar luogo come per ogni reato permanente, alla continuazione.

⇒ Art. 610 c. p. Violenza privata, procedibile d'ufficio

Bene tutelato: la libertà psichica nella sua volontaria estrinsecazione

- Chiunque con violenza o minaccia costringe altri a fare, tollerare, od omettere qualcosa è punito con la reclusione fino a quattro anni
- Ai fini del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento od atteggiamento, sia verso il soggetto che verso altri, idoneo ad incutere timore e a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto.

⇒ 362 cp. Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio

- L'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare all'autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio è punito con la multa fino a lire duecentomila.
- Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa

⇒ 365 c.p. Omissione di referto

- Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità è punito con la multa fino a lire un milione.
 - Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale
- ⇒ 331 C.P.P. Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio.
- I pubblici ufficiali [c.p. 357] e gli incaricati di un pubblico servizio [c.p. 358] che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito [c.p. 361, 362].
- ⇒ 201 C.P.P. Segreto di ufficio.
- I pubblici ufficiali, i pubblici impiegati e gli incaricati di un pubblico servizio hanno l'obbligo di astenersi dal deporre su fatti conosciuti per ragioni del loro ufficio che devono rimanere segreti, Salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria [c.p.p. 331].

■ Il terzo obiettivo: la prevenzione e la informazione rivolta alle donne

In Italia ed anche a Napoli esistono centri anti-violenza per le donne maltrattate. In molte città italiane (Roma, Milano, Bologna, Venezia, Trieste, ma anche Bari e Palermo, ecc.) ci sono centri di ascolto e centri residenziali (case rifugio) per le donne maltrattate. A Napoli dal 1998 è attivo un Centro Ascolto gestito dall'Associazione Arcidonna con sede presso il Centro Donna del Comune di Napoli. La UO di psicologia clinica del distretto 46 collabora dal 1998 con il Centro ascolto anti-violenza e da questa collaborazione è nata una attività di "Centro clinico per il maltrattamento in famiglia" che è mirata alla valutazione diagnostica ed al trattamento dei problemi psichici (ansia e depressione) correlati al maltrattamento. Questa attività complessa è utile sia per sostenere la donna nel percorso di uscita dal disagio che nel percorso di uscita dalla violenza.

I Centri costituiscono luoghi esperti per il sostegno alle donne ma anche luoghi di informazione e formazione per operatori socio-sanitari.

Ma il problema della violenza contro le donne non è però solo un problema di Centri esperti e finalizzati, nè un problema sanitario. Il problema della violenza è globale, non riconosce confini geografici, è universalmente diffuso in tutto le culture dominanti attuali, in cui esercita un impatto profondo, anche se ancora poco valutato e quantificato, in ogni settore dell'organizzazione civile: sociale, sanitario (non solo medico), economico, produttivo. (Tratto dalla relazione del rappresentante, dr. Ranieri Guerra, dell'Istituto Superiore di Sanità, alla: *Conferenza internazionale sulla violenza contro le donne*, Napoli, 15-18 ottobre 2000).

Il problema della violenza va affrontato con una prevenzione a tutto campo mirata soprattutto a definire cosa sia la violenza contro le donne ed in particolare:

- ⇒ cosa significa una violenza di genere, una violenza cioè perpetrata dagli uomini contro le donne,
- ⇒ quanto sia diffusa nel mondo,
- ⇒ come coinvolga le donne senza distinzione di età, razza e stato culturale e socio-economico,
- ⇒ come costituisca una lesione dei diritti personali, sia del diritto alla integrità psico-fisica sia del diritto alla autodeterminazione ed alla libertà personale.

In questa direzione dell'informare le donne e del definire cosa sia la violenza e come costituisca non solo un problema di salute pubblica ma anche un crimine si sono mosse le istituzioni sovra-nazionali, internazionali ed europee, con campagne incisive.

Tra queste segnaliamo la compagna dell' Unicef, dell'Organizzazione mondiale della Sanità, di Amnesty international, e la campagna Europea.

L'UNICEF sottolinea come la violenza sia un problema di tutti.

- La Dichiarazione per l'Eliminazione della Violenza sulle Donne del 1993 definisce la violenza sulle donne relativa, anche se non limitata, a tre aree: la violenza intrafamiliare, nella società e quella perpetrata o condonata dallo Stato.
- Cinque anni dopo la Conferenza di Pechino (1995) , l'UNICEF rileva che non è stato fatto abbastanza per bloccare la forma più comune di violenza, quella all'interno della famiglia.
- Il problema riguarda tutti i paesi, nessuno escluso.
- La violenza è trasversale ai diversi tipi di cultura, classi sociali, grado di istruzione, reddito, etnia e età in ogni paese.



MAI PIU
VIOLENZA SULLE DONNE
Amnesty International

Stop alla violenza contro le donne

"La violenza contro le donne è la più scandalosa violazione dei diritti umani del nostro tempo.

"La violenza sulle donne è una delle forme di violazione dei diritti umani più diffusa ed occulta nel mondo".

UO Psicologia Clinica ASL Napoli 1- DS 46

- Amnesty International - Nel rapporto intitolato «Mettere fine alla violenza contro le donne», l'organizzazione condanna senza appello le discriminazioni e le violazioni dei diritti dell'Uomo di cui sono vittime le donne di tutto il mondo. Per Irene Khan, segretaria generale di Amnesty International, «la violenza contro le donne è oltraggiosa e nascosta».
- Nel mondo, ha sottolineato, 79 Paesi - inclusa la Russia - non hanno leggi contro la violenza domestica e 54 hanno leggi che le

discriminano le donne.

Perchè una Campagna Europea? Da secoli la violenza è considerata un tabù. Nessuno ne parla, nessuno ammette di esserne testimone, nessuno si impegna per prevenirla.



I messaggi sono:

- La violenza domestica è un crimine
- La violenza domestica distrugge la vita di chi esercita la violenza come quella della vittima
- Esiste una soluzione se si vuole porre termine al comportamento violento

Per gli uomini
aggressori

Per le donne
vittime della
violenza

- Rompi il muro di silenzio che circonda la violenza domestica
- Non tollerare la violenza
- Esiste un rimedio, cerca il modo per scoprirlo

- Aiutare le donne vittime della violenza a rompere il silenzio
- Aiutare le donne a sottrarsi alla vittimizzazione

Per i testimoni della violenza domestica

WHO – Campagna Mondiale per la prevenzione della violenza

1 donna su 4 nel corso della vita subisce un abuso sessuale dal partner

WHO – Campagna Mondiale per la prevenzione della violenza

1 donna su 2 è uccisa dal partner dopo una relazione di violenza e maltrattamento.

Infine è stato presentato il programma integrato dell'UNFPA - United Nations Populations Fund: “Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers”

Un Approccio Pratico Alla Violenza di Genere: un Programma Guida Per Medici e Managers offre una guida di tipo step by step sul modo in cui il contesto sanitario può articolare un progetto sulla GBV. Sono presentati tre tipi di progetto:

- Il Progetto A prevede l'utilizzo di materiale informativo (comprese le informazioni sui luoghi di aiuto a cui le donne possono rivolgersi) all'interno delle stanze pubbliche e private della clinica
- Il progetto B comprende il materiale informativo e questionari somministrati a tutte le donne. Se la paziente afferma di aver subito violenza, è inviata a dei gruppi di supporto esterni che forniscono le cure e il supporto necessari
- Il progetto C comprende tutte le attività dei due precedenti, offrendo anche un trattamento per le vittime.

Conclusioni del corso

Nelle conclusioni si sono discusse le varie modalità di coinvolgimento del contesto sanitario di appartenenza.

Gli operatori hanno concordato su due iniziative da sviluppare in due steps successivi.

Il primo *step* che prevede una informazione generale da affidare a materiale divulgativo scritto messo in evidenza nei luoghi di assistenza frequentati dalle donne di ogni condizione ed età.

Un secondo *step* invece mirato ad ottenere informazioni dalle utenti sul fenomeno della violenza ed in particolare sul loro coinvolgimento in situazioni di maltrattamento familiare.

Il primo *step* prevede quindi:

- Organizzare la informazione in locandine, opuscoli, da fornire ai vari servizi ad uso dell'utenza con lo scopo di evidenziare la connessione tra salute psico-fisica e la violenza e per dare indicazioni sui luoghi dove ricevere aiuto. La presenza di materiale informativo sulla violenza domestica nella sala di attesa o negli ambulatori può aiutare la paziente ad identificare la violenza come un problema di salute personale.

Per il primo *step*, è stato raccomandato agli operatori di scegliere tra il materiale illustrativo proposto quello più adatto ad essere inserito nel proprio contesto di lavoro. Il materiale informativo serve a dare la prima informazione a tutte le donne e ad allertarle sul problema sia nel caso che ne siano vittime dirette sia che conoscano donne vittime di violenza.

Il materiale informativo deve essere anche accompagnato con l'informazione su centri specifici dove rivolgersi per approfondire i problemi.

Il secondo *step* prevede

- La informazione mirata sulle utenti dei vari servizi con l'obiettivo di raccogliere dati sulle loro considerazioni di vita in rapporto ad esperienze attuali e pregresse di violenza o di maltrattamento familiare.

Esso si fonda sull'utilizzo:

- ⇒ di forme di screening ovvero di una pratica che si riferisce all'interrogazione ordinaria di tutte le pazienti su eventuali abusi fisici o sessuali;
- ⇒ oppure di protocolli ovvero di piani scritti che definiscono, per un particolare contesto, le procedure che si dovrebbero seguire per identificare e rispondere in modo appropriato alle vittime.

Le indicazioni alla informazione generale (1° *step*) possono essere raccolte da tutti i servizi, con il suggerimento di munirsi di alcuni indirizzi dove inviare la donna che ne faccia esplicita richiesta.

La informazione riferita alle procedure più mirate del secondo *step* vanno articolate in progetti in cui il personale sanitario del servizio, che vuole attivare quelle procedure, riceva in maniera propedeutica tutte le informazioni del caso. E sia preparato ad affrontare "lo svelamento" di casi di violenza.

Le linee guida internazionali suggeriscono comunque semplici domande per lo screening del tipo seguente:

- *Poiché la violenza è un fenomeno molto comune nella vita delle donne, sto facendo domande a riguardo a tutte le donne.*
- *È mai stata picchiata o abusata dal suo compagno?*
- *spesso, quando vedo donne con lesioni simili alle sue, è perché qualcuno le ha picchiate. È accaduto anche a lei?*
- *A volte, quando le persone vengono in clinica riportando sintomi come i suoi, riscontriamo che vi sono dei problemi a casa. Qualcuno è violento con lei?*
- *Lei afferma che il suo compagno fa uso di alcool. Diventa mai violento?*

Per effettuare lo *screening* gli operatori devono essere formati ma soprattutto devono utilizzare alcune raccomandazioni generali, individuate nelle seguenti:

- *non avere paure di fare domande*
- *creare un ambiente supportivo e non giudicante*
- *essere attenti ai "segnali di allerta"*
- *valutare la situazione della paziente rispetto ad un pericolo immediato*
- *valutare se vi sono diritti legali e medici*
- *essere pronti ad offrire un appuntamento per il follow-up*
- *mostrare poster e volantini sulla violenza domestica .*

