

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*



II . MMXIV

Convegno Nazionale

LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

SEGNİ PARLANTI, OCCHI CHE ASCOLTANO
SEMEIOTICA DELLA VIOLENZA
PER UN NUOVO PROTAGONISMO DELLA CURA

LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE
REGGIO EMILIA, 11 APRILE 2014

LA PROFESSIONE

.....
REGGIO EMILIA, 11 APRILE 2014
.....



LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*



II . MMXIV

Convegno Nazionale

LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

SEGNİ PARLANTI, OCCHI CHE ASCOLTANO
SEMEIOTICA DELLA VIOLENZA
PER UN NUOVO PROTAGONISMO DELLA CURA

.....
REGGIO EMILIA, 11 APRILE 2014
.....



Organigramma

Comitato Centrale Fnomceo 2012-2014

<i>presidente</i>	Amedeo Bianco
<i>vicepresidente</i>	Maurizio Benato
<i>segretario</i>	Luigi Conte
<i>tesoriere</i>	Raffaele Iandolo
<i>consiglieri</i>	Giuseppe Augello
	Musa Awad Hussein
	Sergio Bovenga
	Nicolino D'Autilia
	Raimondo Ibba
	Antonino Maglia
	Guido Marinoni
	Giuseppe Renzo
	Sandro Sanvenero
	Gianluigi Spata
	Roberto Stella
	Alessandro Zovi
	Bruno Zuccarelli

Commissione nazionale Albo Odontoiatri 2012-2014

<i>presidente</i>	Giuseppe Renzo
	Giacinto Valerio Brucoli
	Raffaele Iandolo
	Sandro Sanvenero
	Alessandro Zovi

Collegio dei Revisori dei Conti 2012-2014

<i>presidente</i>	Salvatore Onorati
	Francesco Alberti
	Ezio Casale
	Antonino Avolio (<i>supplente</i>)

*È così diseguale la mia vita
da quello che vorrei sapere.
E poi al di là di ogni immondizia e sutura,
c'è la grande speranza
che il tempo redima i folli
e l'amore spazzi via ogni cosa
e lasci inaspettatamente viva
una rima baciata*

Alda Merini

Indice

Segni parlanti, occhi che ascoltano, semeiotica della violenza per un nuovo protagonismo della cura	9
<i>Luisa Vastano, Amelia Ceci</i>	
Le ragioni di questo convegno.....	13
Intervista di Walter Gatti a <i>Maria Brini</i> e <i>Annarita Frullini</i>	17
Ringraziamenti alle autorità.....	25

Capitolo 1 - Le caratteristiche del fenomeno

FOCUS 1 - Introduzione al tema della violenza.....	29
<i>Maria Brini</i>	
1.1 Le radici culturali della violenza	33
<i>Sandro Bellassai</i>	
1.2 Le cause della violenza: il contributo della biologia e della psicopatologia	41
<i>Alfonso Troisi</i>	
1.3 Fisiologia del corpo violento	48
<i>Anna Maria Aloisi</i>	
1.4 Il valore della semeiotica della violenza.....	58
<i>Patrizio Schinco</i>	
1.5 Leggere i segni parlanti nell'ambulatorio del medico di medicina generale: il Progetto Viola.....	83
<i>Raffaella Michieli</i>	
FOCUS 2 - Esperienze in ambulatorio.....	91
<i>Alessandro Chiari, Luisa Vastano</i>	
1.6 Riconoscimento della violenza simmetrica.....	95
<i>Giuseppina Boidi</i>	

Capitolo 2 - I dati del fenomeno

2.1	Dati, rilevazioni del fenomeno della violenza: intervista a Linda Laura Sabbadini	105
	FOCUS 3 - La violenza contro le donne si può prevenire. Se si vuole	111
	<i>Fulvia Signani</i>	
2.2	La mappatura globale dell'epidemia della violenza di genere <i>Nicoletta Dentico</i>	118
	FOCUS 4 - Il fenomeno della violenza in Italia.....	131
	<i>Fulvia Signani, Amelia Ceci</i>	
2.3	La sorveglianza epidemiologica dei traumatismi intenzionali: il sistema SINIACA	141
	<i>Eloïse Longo, Stefania Trinca, Marco Giustini, Alessio Pitidis</i>	

Capitolo 3 - La rete dei servizi

3.1	I servizi di emergenza (PS e 118)	
	Grosseto, <i>Claudio Pagliara</i>	159
	Pescara, <i>Mirella Triozzi</i>	170
	Reggio Emilia, <i>Anna Maria Ferrari</i>	175
3.2	Lo sguardo medico legale	179
	<i>Maria Stella D'Andrea</i>	
3.3	I costi sociali della violenza, prospettive e rimedi possibili, la vittima nell'ordinamento giuridico internazionale ed italiano, profili comparatistici.....	189
	<i>Fulvio Rossi</i>	
3.4	Le case d'accoglienza	
	Reggio Emilia, <i>Alessandra Campani</i>	205
	Milano, <i>Manuela Ulivi</i>	212
3.5	L'aiuto agli uomini maltrattanti	
	Modena, <i>Monica Dotti</i>	222
	Conclusioni dalla giornata di Convegno.....	231
	<i>Salvatore De Franco, Maria Brini</i>	

PREMESSA

Segni parlanti, occhi che ascoltano, semeiotica della violenza per un nuovo protagonismo della cura

Luisa Vastano

Cardiologa, OMceO Reggio Emilia

Amelia Ceci

Sociologa della salute, “Profess@re al femminile”

L'11 aprile 2014 a Reggio Emilia si è tenuto il Convegno “**SEGNI PARLANTI, OCCHI CHE ASCOLTANO, SEMEIOLOGICA DELLA VIOLENZA PER UN NUOVO PROTAGONISMO DELLA CURA**” nato dalla collaborazione della FNOMCeO, attraverso l'Osservatorio FNOMCeO della Professione Medica-Odontoiatrica Femminile, con l'OMCeO di Reggio Emilia ed era accreditato ECM per i medici e gli odontoiatri.

Hanno partecipato all'evento 103 medici di tutte le regioni italiane, insieme a 40 uditori di altre professioni e a 36 relatori e moderatori. Dai questionari di gradimento dell'evento è emerso un elevato grado di soddisfazione da parte dei partecipanti per l'approccio multidisciplinare utilizzato, dagli aspetti psichici, neuro-endocrinologici, etnici, antropologici a quelli giuridico-istituzionali; per la qualità dei relatori; per il riscontro della sensibilità maschile sul tema della violenza; e per la trattazione anche della violenza simmetrica.

Questo convegno vuole essere una tappa di un percorso sul tema delle competenze che i medici devono sviluppare per conoscere la violenza di genere, che la FNOMCeO ha intrapreso per creare tra i suoi iscritti sensibilità e competenza sul tema. Nel giugno 2013 la prestigiosa rivista *The Lancet* dedica un numero monografico alla violenza sulle donne, che definisce una *piaga globale*. A pochi mesi di distanza, l'OMS pubblica Il Report *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* che stima gli effetti della violenza sulla salute, afferma che la violenza *non è inevitabile* e auspica un settore sanitario sempre più responsabilizzato sui casi di violenza.

Il Convegno si rivolge a medici impegnati nei più svariati settori specialistici e nell'ambito della medicina generale, intende rinnovare e ribadire il valore della semeiotica anche sul tema della violenza. La visita, fondamento ancora imprescindibile del rapporto medico/paziente è decisiva nel valutare il presente, *presentia scire*, ma anche nell'aiutare a ricordare, *praeterita agnoscere*, e soprattutto nel contributo fondamentale alla prognosi, *futura praevidere*.

La ricchezza dei contributi scientifici dei relatori, il confronto tra le esperienze più avanzate in territorio nazionale, le norme e le indicazioni provenienti da istituzioni pubbliche e private sono uno stimolo a proseguire questo cammino ancora irto di pregiudizi e difficoltà, ma parte integrante dei doveri etici della professione medica e di tutte le professioni che operano per la salvaguardia dei diritti dei cittadini.

Tutti i medici, ed i medici di medicina generale, in particolare perché sono diffusi in maniera capillare sul territorio e conoscono bene i loro assistiti, le loro assistite e le loro situazioni familiari, hanno la possibilità ed il dovere di saper interpretare i segnali di disagio, di intercettare il fenomeno della violenza e di indirizzare per un aiuto. Il titolo del

Convegno “Segni parlanti, occhi che ascoltano, semeiotica della violenza per un nuovo protagonismo di cura” esprime efficacemente come il medico si deve posizionare rispetto a questo fenomeno.

Riportiamo gli atti di questo convegno redatti a cura di Maria Brini, Amelia Ceci, Alessandro Chiari, Luisa Vastano, grazie alla disponibilità e collaborazione di tutti relatori, moderatori e le autorità per lasciare una testimonianza della sensibilità dell’ Ordine dei Medici e degli Odontoiatri su questo tema, perché si diffonda la necessità ma soprattutto la responsabilità professionale di ogni medico a formarsi per conoscere la violenza di genere.

Pertanto nell’intenzione del comitato di redazione di questi atti l’impegno è stato dedicato non solo alla divulgazione dei risultati del convegno, perché giungesse a tutti i medici, ma soprattutto come strumento formativo da condividere.

Quando il convegno è nato, è stato pensato tenendo presente l’equilibrio di genere come criterio fondamentale nella scelta, non solo dei relatori e della loro competenza, ma anche del comitato scientifico ed organizzativo poiché il tema della violenza appartiene ad entrambi i generi e solo dal coinvolgimento di uomini e donne si può agire un vero cambiamento culturale.

Gli atti sono stati costruiti raccogliendo sia le relazioni scritte di alcuni relatori che la trascrizione dalle registrazioni vocali di altre relazioni, con un risultato stilistico differente.

Inoltre, sono stati suddivisi nei seguenti in capitoli:

- 1) le caratteristiche del fenomeno violenza di genere: origini, cause ed il ruolo fondamentale della semeiotica.
- 2) i dati del fenomeno raccolti da varie istituzioni non solo nazionali
- 3) la rete dei servizi, i pronto soccorsi, le case di accoglienza delle donne maltrattate, il primo centro di recupero degli uomini maltrattanti.

È stato arricchito inoltre da ulteriori testi scritti, inseriti nei cosiddetti Focus, e dalle conclusioni a cura del presidente e vice-presidente dell'OMCeO di Reggio Emilia.

Infine così come l'OMCeO di Reggio Emilia ha raccolto lo stimolo ad organizzare questo convegno su un tema di grande impatto socio-sanitario, propone di lanciare un messaggio forte per il futuro, con un manifesto che raccoglie tutte le sollecitazioni provenienti dal convegno appena svolto a chiusura di questo impegnativo lavoro degli atti, allegandolo all'ultima pagina.

Comitato Scientifico del Convegno

Annarita Frullini

Maria Brini

Anna Maria Ferrari

Fulvia Signani

Patrizio Schinco

Osservatorio FNOMCeO professione al femminile

DAL VIDEOMESSAGGIO DEL DOTT. AMEDEO BIANCO
PRESIDENTE FNOMCEO

Le ragioni di questo convegno

Care colleghe, cari colleghi, gentili ospiti,
volevo scusarmi con voi per non essere presente al Convegno organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Reggio Emilia sul tema che personalmente valuto di straordinaria rilevanza, di straordinaria attualità: il tema cioè della violenza sulle donne che spesso è violenza anche su altri, su tutti questi soggetti che si riconoscono nelle donne, violenza di cui spesso siamo testimoni sconcertati, testimoni silenti, testimoni impotenti.

Credo che quello che oggi ascolterete e che sarà mia premura acquisire, per poter anch'io studiare e imparare, sarà di grande significato e si inserisce, tra l'altro, in un filone di attività professionali ma anche di attività di ricerca . Sono anche queste le frontiere nuove della medicina e della professione. Il filone di cui parlo è *la medicina di genere* che sta acquistando in questi anni una sua identità tassonomica molto precisa, molto incisiva, molto significativa e che, già

da alcuni anni, è oggetto di attività convegnistica, di attività di ricerca, di attività scientifica.

Ma credo che l'obiettivo più importante sia dare significato al titolo che avete scelto:

“SEGNI PARLANTI, OCCHI CHE ASCOLTANO”.

Credo che la giornata di oggi serva per fare in modo che i segni non solo parlino, ma parlino in modo forte e chiaro, e che gli occhi che ascoltano siano poi occhi in grado di incidere nella realtà, naturalmente nelle responsabilità che ci competono, naturalmente nell'impegno oltre che professionale, civile ed etico che ogni medico porta in sé.

Credo che questo sia davvero il significato più grande che possiamo dare a questa iniziativa e alle tante che in questi giorni e nei prossimi mesi si stanno sviluppando all'interno e con le nostre istituzioni professionali.

Mi scuso per il modo con cui vi comunico, ma volevo essere lì anch'io con voi, innanzitutto per imparare.

BUON LAVORO A TUTTI VOI.

Amedeo Bianco

L'INTERVISTA

Ascoltare con gli occhi: semeiotica della violenza

Intervista a Maria Brini e Annarita Frullini,
dell'Osservatorio FNOMCeO Professione femminile

di Walter Gatti

“Segni parlanti, occhi che ascoltano” è il titolo di un seminario multidisciplinare promosso dall’Ordine dei medici di Reggio Emilia e dalla FNOMCeO per mettere in comune approcci medici, sociali e psicologici della violenza in genere. L’impianto del convegno, come dichiarato dal titolo, è quello della semeiotica: puntare all’emersione/prevenzione delle forme di violenza nei vari contesti della vita.

Insieme a Salvatore De Franco (Presidente OMCeO) e ad Amedeo Bianco (Presidente FNOMCeO); sono Maria Brini e Annarita Frullini, le driving force dell’evento e ci hanno così illustrato i lavori.

A Reggio Emilia il mondo medico e ordinistico ha deciso di accendere i riflettori sul tema della semeiotica della violenza. Ce ne volete illustrare il motivo?

MARIA BRINI: “Certo questa attenzione è dovuta alla crescente presenza femminile nella professione medica, ai con-

tatti storici con le donne di altre professioni, alla consapevolezza crescente che gli effetti della violenza siano anche un problema sanitario. Il convegno FNOMCeO vede il confronto di donne e istituzioni, le istanze dell'Osservatorio Nazionale della Professione Medica, ed è stato possibile grazie all'impegno della Federazione, in particolare di Amedeo Bianco e di Salvatore De Franco, con il contributo importante di Patrizio Schinco che da Torino, supportato dal suo gruppo di lavoro ordinistico, è stato per noi punto di riferimento essenziale.

Abbiamo voluto sottolineare qui l'importanza di una semeiotica capace di leggere negli occhi, ascoltare e interpretare segni evidenti e segni nascosti da paura, vergogna, solitudine e perdita di fiducia sia in se stessi sia in quelli in cui ponevamo fiducia e amore. La semeiotica che avvicina il medico al paziente, richiede ascolto, racconto, vicinanza, prende e dà ricchezze nuove per ambedue. Dal convegno proporremo cornici di raccomandazioni al mondo medico e a quello politico sapendo che gli atti di violenza colpiscono prevalentemente le donne, ma riguardano anche uomini, bambini, persone fragili ed emarginate”.

Il corpus dei relatori e degli argomenti in agenda spazia dall'etica alla psicopatologia, implicitamente volete sottolineare la necessità di un approccio multidisciplinare a quello che Lancet ha definito una “piaga globale”?

MARIA BRINI: “La lotta alla violenza non può che essere affrontata da tanti saperi messi in sinergia.

Le tante figure professionali devono essere preparate e pronte per cogliere i segni e i messaggi, ognuno deve fare la sua parte come il piccolo colibrì della favola africana che porta una goccia d'acqua per spegnere l'incendio della foresta, con la stessa motivazione. Ma come ormai tutti sappiamo è essenziale la sinergia tra professionisti della salute, tra le forze

dell'ordine, la magistratura, le istituzioni di volontariato, le case di accoglienza delle vittime di violenza, il supporto di psicologi, sociologi, gli ambienti di lavoro, gli ambiti della vita sociale e amicale che devono tutti dare sostegno e forza. E non finisce: le case, le città, le piazze devono essere pensate per garantire sicurezza e le donne devono essere garantite nei loro diritti anche di tipo economico-finanziario”.

Avete voluto anche dare spazio alla riflessione sui “costi sociali” della violenza.

Come mai questa scelta insolita?

ANNARITA FRULLINI: “Vanno considerati insieme costi umani e conseguenze economiche e sociali della violenza. I costi finanziari immediati per il sistema superano i due miliardi d'euro l'anno.

Si ipotizzano altri 15 miliardi di euro come ricaduta attraverso i moltiplicatori economici e sociali.

La somma risultante è di miliardi di euro, a fronte di investimenti in prevenzione e contrasto alla violenza ben al di sotto dei 10 milioni di euro.

Possiamo ipotizzare in futuro anche altri costi per lo Stato italiano costretto a indennizzi economici per i danni non patrimoniali subiti da vittime. Vi sono, infatti, alcune sentenze della Corte Europea di Strasburgo che hanno ritenuto gli Stati responsabili di inerzia o inefficienza nell'applicazione di misure di tutela effettiva verso le donne vittime di violenza. La Corte europea considera la violenza di genere come una violazione dei diritti umani ed ostacolo al pieno sviluppo della personalità e delle capacità umane e ritiene necessario che gli Stati adottino azioni preventive volte a proteggere le vittime di violenza, oltre che reagire, con misure repressive, alle violenze già commesse, per tutelare sia gli interessi della vittima sia quelli più generali della collettività”.

Quindi si afferma una visione della violenza come mancata tutela di diritti?

ANNARITA FRULLINI: “La violenza tra membri di una famiglia o di una relazione intima non è un affare privato, non ha età, censo, posizione sociale. È sufficiente che “vessezioni abituali del colpevole costringano la vittima in una condizione di disagio e di sofferenza” per creare, nei percorsi di vita, situazioni in cui i margini di autonomia possono essere ridotti e nelle quali la potenziale vittima non ha altre possibilità se non quella di sottostare a quelle determinate condizioni. Sarà forse necessario inserire nel nuovo codice deontologico il concetto di vulnerabilità oggettiva, connessa al reato a prescindere dalle qualità soggettive della vittima”.

Quale può essere il ruolo della formazione in ambito medico su questo scenario?

ANNARITA FRULLINI: “Esiste, anche se è poco nota, la Convenzione per l’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, Cedaw, documento del 1979 sottoscritto da 190 paesi, unico trattato internazionale interamente dedicato alla donna per la persistenza, in tutto il mondo, di discriminazioni. Se la violenza, la continuità della violenza domestica (IPV, Intimate Partner Violence) ha molte forme sommerse, i medici possono ‘facilitare’ l’emersione del fenomeno collaborando con istituzioni e associazioni. Inoltre anamnesi di testimonianze e quanto refertato diventano quella documentazione necessaria per garantire adeguati procedimenti giudiziari”.

Quale può essere il contributo del mondo medico nella “prevenzione” degli atti violenti? Esiste una “cultura violenta” che può essere anticipata e combattuta anche nello studio medico? E se sì: come?

MARIA BRINI: “Per combattere la violenza bisogna innanzitutto

zitutto riconoscerla come tale. Sicuramente nello studio del medico si può fare molto per quanto riguarda la prevenzione, mentre i medici di pronto soccorso e della emergenza territoriale osservano un accaduto, forse anche con punti di vista che possono essere diversi tra loro. Anche su questo aspetto l'intreccio di fattori così complessi, e ancora non ben conosciuti, implica l'intervento di molte figure oltre al medico. Del resto il tema della prevenzione si affronta quando di una patologia si conoscono eziologia e patogenesi, credo che proprio nel Convegno sarà analizzata la "cultura violenta" e si ascolteranno azioni di prevenzione messe in campo da istituzioni che operano sul tema violenza.

Uno degli obiettivi principali che il Convegno si pone è anche quello di creare e rafforzare reti tra professioni, saperi, campi di attività diversi da mettere in campo per contrastare la "piaga globale" della violenza. La Federazione e gli Ordini professionali possono essere momento di formazione e supporto perché non può esservi disinteresse verso questo argomento ed è necessario, senza inseguire emergenze, agire verso una prevenzione che porti a ruoli rispettosi e migliorare relazione fra i sessi. Infine molto possono fare i medici e tante figure professionali perché gli uomini maltrattanti smettano di esserlo".

(L'intervista è stata pubblicata l'11/4/2014 sul portale della FNOMCeO)

RINGRAZIAMENTI ALLE AUTORITÀ

RINGRAZIAMENTI ALLE AUTORITÀ

Sono intervenuti il dott. Carlo Lusenti, Assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia- Romagna, l'avvocata Natalia Maramotti, Assessora alla cura della Comunità del Comune di Reggio Emilia, l'avvocata Roberta Mori, Consigliera della Regione Emilia-Romagna e Coordinatrice della Conferenza nazionale organismi di Parità e la dott.ssa Daniela Riccò, Direttrice sanitaria dell'azienda AUSL Reggio Emilia che hanno testimoniato la grande sensibilità e l'impegno delle istituzioni che rappresentano, condividendo la necessità di un approccio integrato tra amministratori e operatori sanitari nell'affrontare questo delicato fenomeno. Infine un ringraziamento al dott. Amedeo Bianco, Presidente FNOMCeO, al dott. Luigi Conte, Segretario della FNOMCeO, alla dott.ssa Roberta Chersevani, Coordinatrice della Consulta Deontologica e alla dott.ssa Annarita Frullini, Coordinatrice dell'Osservatorio Professione femminile che con la loro presenza hanno voluto ribadire l'interesse della professione sul tema della violenza.

CAPITOLO 1

Le caratteristiche del fenomeno

Introduzione al tema della violenza

Maria Brini

Vice-Presidente OMCeO Reggio Emilia

BENVENUTI NELLA NOSTRA CITTÀ, famosa soprattutto per Matilde di Canossa, donna che segnato la storia del Medioevo, tessendo importanti reti e relazioni, e per la nascita del Tricolore, simbolo antesignano di storie e comunità diverse unite in un ideale comune di essere nazione.

Il convegno di oggi vuole essere appunto un ponte tra tante esperienze italiane che si confrontano su un tema così coinvolgente per contribuire a combattere questa piaga globale della violenza e come una vela verso un ideale di uguaglianza. Ho voluto scomodare valori così alti perché anche l'obiettivo che ci poniamo oggi è obiettivo di civiltà, libertà e difesa di diritti umani, fari di ogni comunità civile, ma per alcuni ancora da conquistare e difendere.

La violenza alle donne, ma anche ai bambini, agli anziani, ai deboli, agli emarginati è sempre esistita, in particolare la violenza alle donne è sempre stata accettata con motivazioni culturali e sociali di vario genere, dandole spesso una lettura

distorta, orientata, non obiettiva, senza cercarne le cause più profonde, senza valutarne gli effetti catastrofici dal punto di vista umano, sociale e sanitario.

C'è voluto molto tempo perché il tema della violenza uscisse allo scoperto: sotto silenzio per secoli, millenni, la violenza non era assente, era solo considerata "normale", tutt'al più colta solo nelle sue manifestazioni più estreme, (espressione di patologia dell'aggressore o anche patologia delle donne vittime di violenza, per masochismo o malinteso spirito di sacrificio).

La lenta rivoluzione epistemologica che ci permette oggi di leggere la violenza in modo diverso è iniziata dai movimenti sociali e politici sorti prima negli Stati Uniti d'America e poi in Europa intorno agli anni '60, tra questi soprattutto il femminismo, il movimento per i diritti civili e l'antimilitarismo.

Ma per riconoscere la violenza come azione delittuosa e come causa di patologie devono passare ancora molti anni. Infatti, ancora nel '79 la "Convenzione sull'eliminazione di tutte le discriminazioni contro le donne" firmata da 181 Paesi e considerata caposaldo per combattere la discriminazione contro le donne, non menziona il tema della violenza né come forma di discriminazione né come ostacolo al diritto di libertà e parità per le donne.

Solo nella metà degli anni '80 il tema della violenza entra nel dibattito internazionale dopo le denunce delle organizzazioni femministe operanti a livello locale e internazionale che chiedevano attenzione all'abuso nei confronti delle donne. Passerà ancora un decennio perché i più autorevoli organismi internazionali prendano posizione elaborando documenti e risoluzioni per riconoscere e contrastare la violenza alle donne.

Viene nel contempo anche riconosciuto dalla OMS che la *differenza di genere* è un determinante sociale di salute e ini-

zia la ricerca in tutti gli ambiti sanitari dell'impatto della differenza di genere sulla salute delle donne e di conseguenza anche la ricaduta della violenza sulla salute delle donne. La piattaforma di Pechino (ONU 1995) "Iniziative per la parità, lo sviluppo e la pace" sancisce che la violenza contro le donne è un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi dell'uguaglianza, dello sviluppo e della pace e definisce violenza qualsiasi atto che provoca o potrebbe provocare un danno fisico, sessuale o psicologico o una sofferenza alla donna (incluse le minacce di compiere tali atti), la coercizione o la privazione arbitraria della libertà. La violenza alla donna è una manifestazione delle relazioni storicamente ineguali tra uomini e donne e impedisce il pieno progresso della donna.

Occorre sviluppare un approccio generale e multidisciplinare per promuovere famiglie, comunità e stati liberi dalla violenza alle donne.

Nel '96 la OMS riconosce l'urgenza di affrontare il tema violenza e i costi sociali sui servizi sanitari e ribadisce che gli operatori sanitari sono spesso tra i primi a vedere le vittime della violenza per le loro peculiarità tecniche e il loro ruolo nella comunità per aiutare le persone a rischio.

Dopo questi importanti interventi di organismi internazionali e la lunga strada di lotte e pressioni, oggi si conosce meglio la epidemiologia della violenza alle donne, i contesti in cui nasce e si sviluppa e soprattutto le ricadute sulla salute a breve e a lungo termine, direttamente riconducibili alle violenze subite.

Danni come morte e lesioni croniche, importanti disturbi della salute mentale, abuso di alcool, danni all'apparato genito-urinario e gastroenterico, danni per la violenza sessuale, e subita durante la gravidanza, vengono paragonati alle

conseguenze del cancro e delle malattie invalidanti e degli incidenti.

Si studiano anche i costi sociali, le ricadute in termini di mortalità e di cronicità dei danni, la eziologia della violenza, e si sperimentano metodi di contrasto e prevenzione.

Vorrei terminare con una riflessione che viene spontanea pensando alla prevalenza della violenza nell'ambito delle relazioni intime e pensando all'impossibilità di proteggere i figli dall'assistere alla violenza:

LA FAMIGLIA È IL NOSTRO RIFUGIO,
LA NOSTRA TERRA, LA NOSTRA CASA,

ma anche, anticipando una frase di un relatore che parlerà tra poco,

LA FAMIGLIA È IL LUOGO
IN CUI LA VIOLENZA DI GENERE È COLTIVATA,
APPRESA, TRASMESSA, CELATA E LEGITTIMATA.

1.1 Le radici culturali della violenza

Sandro Bellassai

Università degli studi di Bologna

VORREI RINGRAZIARE le organizzatrici per l'invito a partecipare a questa occasione che mi sembra straordinaria, straordinaria anche in senso etimologico: fuori dell'ordinario; e speriamo che diventi invece più frequente l'attenzione anche da parte degli ordini professionali, naturalmente già presente, ma che oggi in particolare si concretizza in un'occasione di riflessione molto importante. Quello che proverò a portare come contributo a questo evento saranno alcune annotazioni di sfondo sul contesto culturale che genera la violenza sulle donne. È una prospettiva di riflessione molto importante, perché intervenire sul tema della violenza maschile contro le donne significa lavorare in una doppia direzione: affrontare innanzitutto il problema più urgente, l'accoglienza da garantire e da organizzare verso le tantissime donne che subiscono violenza, e, accanto a questo, vedere l'altra prospettiva, l'altra dimensione, cioè lavorare sul lato della prevenzione. Si dice spesso, quando purtroppo nelle

cronache affiorano casi particolarmente gravi di violenza sulle donne, che “bisogna lavorare sulla cultura, sul cambiamento, a partire dalle scuole, dalla formazione”.

A questo proposito voglio ricordare che qui a Reggio Emilia è presente da quindici anni l'associazione “Nondasola”, con un centro antiviolenza che ha una straordinaria attività nel campo dell'accoglienza, ma anche nel campo della formazione. Queste attività formative, che ben conosco per avervi collaborato, hanno coinvolto più di novemila studenti e studentesse, quindi un lavoro di grandi dimensioni, ma soprattutto una metodologia straordinaria applicata alla formazione. Come vedete, ci sono associazioni, centri, organizzazioni che stanno già lavorando concretamente in questa doppia direzione: quella della accoglienza, e quella della formazione e della sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Il tema dell'opinione pubblica andrebbe però specificato meglio, perché, quando si parla di violenza sulle donne, quando si cerca di comprendere questo fenomeno nelle sue varie dimensioni sociali e culturali dobbiamo, innanzitutto, cercare di identificare i soggetti coinvolti in questo scenario. Allora, la violenza sulle donne è una questione maschile prima di tutto. Non si esce da qui e perciò sono assolutamente convinto che non possiamo pensare di mettere in campo nessun intervento formativo, di analisi, di riflessione, che possa essere efficace su questo fenomeno se non ci poniamo il problema di intervenire sulla cultura maschile che genera la violenza, e su questo proverò a focalizzare rapidamente il mio intervento.

La mia riflessione vorrebbe approfondire meglio le radici, le cause, le dinamiche che generano la violenza, sotto l'aspetto specifico di una certa mentalità maschile. E, dico, di una certa mentalità, fortunatamente, perché essere uomini non porta fatalmente al comportamento violento; anche se poi spesso molti di noi maschi possiamo forse sentirci

corresponsabili di questo gravissimo fenomeno, non solo in quanto personalmente coinvolti, ma anche nel momento in cui non consideriamo davvero inaccettabile un comportamento che deve diventare inaccettabile nell'opinione pubblica, cioè questa enorme piaga della violenza verso le donne. Dicevamo, quindi, dimensione maschile; ma facciamo un momento il punto sui termini fondamentali del discorso. E dunque, *mascolinità*: possiamo dire, quello che riteniamo specifico degli uomini in quanto maschi. *Virilità*, invece, possiamo considerarlo una specie di superlativo della mascolinità che sia storicamente, sia anche oggi nel presente, viene considerata la quintessenza del maschile, ciò che si ritiene specifico dei *veri* uomini.

Sul piano sia individuale che collettivo, la virilità come concetto è legato semanticamente a un territorio di confine tra fisiologico e antropologico, tra natura e cultura, tra ambito privato e ambito pubblico. Per il singolo uomo virilità vuol dire innanzitutto potenza sessuale, ma più in generale, al di là della dimensione ristretta della sessualità, è un profilo identitario proiettato nelle relazioni sociali, un certo atteggiamento, un insieme di qualità private e pubbliche. Per il genere maschile nel suo insieme, invece, virilità è un concetto che riguarda da un lato i rapporti di potere tra identità maschile e identità femminile, ma anche i rapporti di potere all'interno del genere maschile. La virilità si oppone per esempio, nel sentire comune, alla omosessualità, considerata da sempre una devianza maschile: l'omosessuale maschio viene denigrato, perseguitato, discriminato anche perché appare come un uomo che tradisce il dovere della virilità, il dovere storico della virilità.

C'è anche poi una dimensione su cui si riflette poco, ma a cui come storico sono particolarmente legato: quella del rapporto tra tradizione e modernità. Storicamente, infatti, il processo di civilizzazione è stato molto spesso percepito

come svirilizzante, come se l'ambiente moderno, la città moderna, il comfort, il lavoro non manuale, non di fatica, sottraessero virilità, prosciugassero in qualche modo la virilità maschile, perché l'identità maschile tradizionale viene considerata come la quintessenza della virilità. Questa latitudine politica del termine virilità (politica nel senso di una questione che investe il potere e la libertà), la riscontriamo immediatamente sul piano lessicale, dal punto di vista del linguaggio legato alla sfera della sessualità; perché infatti l'opposto della virilità è impotenza, nel linguaggio corrente, cioè letteralmente non potere, debolezza in un certo senso. Virilità è un termine che non ha un corrispettivo nel femminile, e questo già è significativo anche dei pesanti costi normativi della identità maschile, di una certa identità maschile imposta agli stessi uomini.

In sostanza, praticamente in ogni ambito virilità è sinonimo di potere, è sinonimo di potenza. Quella della virilità è stata una vera e propria mistica, una specie di religione indiscutibile, esasperata, con cui si intrattiene un rapporto di fede, non tanto dunque sul piano razionale ma piuttosto in collegamento con una dimensione drammatica dell'identità, un problema vissuto sia singolarmente che collettivamente quasi come una questione di vita o di morte, come una questione apocalittica. La virilità è stata una vera e propria mistica della potenza: senza questa potenza, gli uomini possono sentirsi letteralmente annientati, come uomini. La posta in gioco sembra essere stata nientemeno che la fine del mondo, perché nella modernità la fine del concetto di virilità come attributo del genere maschile veniva fatta coincidere né più né meno che con il tracollo dell'intera civiltà occidentale.

Io individuerei l'inizio di questa fase storica soprattutto a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, quando millenni di legittimazione del dominio patriarcale – come ordine

politico appartenente alla sfera del trascendente – sembrano sul punto di sbriciolarsi sotto i colpi di una grande trasformazione sociale. I processi di modernizzazione a tutti i livelli investono le società occidentali e innescano la crisi di tutto ciò che prima sul piano etico sembrava al di sopra della storia, al di sopra del libero arbitrio, e che cade ora sotto i colpi di una non meno sconvolgente, grande trasformazione politica. È innanzitutto l'affermazione, a partire dall'Illuminismo e dalla Rivoluzione francese, del principio di uguaglianza che si oppone al principio di gerarchia e che quindi investe le antiche e apparentemente eterne gerarchie di genere, di razza, ma anche di classe e, cosa forse ancora più importante, il diritto di parola conquistato dalle donne. Infatti, a partire dalla metà del diciannovesimo secolo, nelle società occidentali assistiamo alla nascita dei movimenti femministi moderni: non si tratta più ora di una singola donna che denuncia la tirannia patriarcale, ma di donne che si organizzano in movimenti collettivi per denunciare sistematicamente l'imbroglio ideologico della supremazia maschile.

Guardando quindi a questa storia, e guardando anche il presente attraverso la lente di questo passato, in particolare ad esempio sul tema che trattiamo oggi, noi, che di quella cultura siamo figli, potremmo intanto cominciare col chiederci quanto di quella cultura è davvero superato e quanto no. Che sentimenti suscitava, all'epoca, quella maggiore presenza femminile nella sfera pubblica: donne che chiedevano di studiare all'Università, donne che poi avrebbero chiesto la parità dei diritti politici, cioè il diritto di voto, e, in generale, avrebbero nel tempo avanzato varie richieste di maggiore libertà, di maggiore dignità? Tale situazione complessiva provocò nella maggior parte degli uomini un vero e proprio panico apocalittico, come se un esercito di amazzoni stesse marciando minacciosamente verso la cittadella maschile, or-

mai assediata. Vi leggo, per darvi un esempio, qualche riga dell'intervento di un nazionalista polacco del 1900, proprio dell'anno 1900, sono parole che potremmo attribuire a mille altri scenari dello stesso periodo: "Sotto il pretesto di uguali diritti le donne vogliono oggi raggiungere il dominio sugli uomini, se ciò si verificasse la nostra nazione si troverebbe ad affrontare una catastrofe ancora più grande di quella della divisione. Infatti se questo insano principio si diffonderà, se le donne tenteranno veramente di governare con la scusa degli uguali diritti, la loro antipatia nei confronti degli uomini si rafforzerà e gli uomini perderanno il rispetto e l'ammirazione nei confronti delle donne per paura che tocchi loro in moglie una donna emancipata, la paura impedirà loro di sposarsi, regneranno l'immoralità e la mancanza di prole, la depravazione degli uomini condurrà al declino della famiglia, alla degradazione della società e alla perdita del Paese. Per questo motivo l'emancipazione femminile è il nemico mortale di ogni nazione". Come vedete, non si usavano mezzi termini; e, ripeto, sono parole che possiamo trovare in tantissime fonti della stessa epoca. Proliferarono, infatti, in questa cosiddetta *Belle Époque* (che forse tanto bella non era) tantissimi profeti di sventura maschile con i loro disperati appelli perché si restaurasse una virilità forte, sana, salda, e quindi perché si facesse qualcosa di terapeutico contro una simile "malattia moderna della virilità". Le terapie via via proposte prevedevano immancabilmente robuste iniezioni di autorità, di potenza, di violenza e di gerarchia. Giovanni Papini, all'epoca appartenente al Futurismo, nel 1914 scriveva: "Amiamo la guerra, ed assaporiamola da buongustai finché dura. La guerra è spaventosa e, appunto perché spaventosa, tremenda, terribile e distruggitrice, dobbiamo amarla con tutto il nostro cuore di maschi". Non dice maschi a caso: è un brano incluso nella raccolta che Papini pubblicò nel '14, allo scoppio della Grande Guerra,

intitolata significativamente “Maschilità”. I risultati, guardando al lato più tragico del Novecento, li conosciamo purtroppo tutti.

Quello che sto cercando di dire è che, in una certa cultura e retorica politica – ma che non si limitava ai partiti o alle forze politiche, e si diffondeva in tutta la società –, l’attributo della forza e anche della violenza veniva sempre considerato un ingrediente irrinunciabile della vera mascolinità. Forse allora bisognerebbe cominciare anche a fare i conti con tutto questo, col fatto cioè che gli uomini storicamente, senza questa posizione, senza questo piedistallo del potere, senza questa iniezione di potenza, si sono sempre sentiti un po’ menomati. In una certa misura, questi risultati sembrano purtroppo riprodursi ancora oggi, nonostante che quel tipo di retorica virilista, roboante, di cui il fascismo rappresentò l’apice, appaia ormai chiaramente depotenziato. Infatti, oggi nessuno più direbbe che le donne hanno un cervello meno pesante, e che quindi esse non sono adatte a una serie di funzioni sociali, pubbliche e politiche; oppure, se lo dice, viene certamente considerato un retrogrado, gode insomma di scarso credito.

Ciononostante, personalmente sono convinto che il genere maschile oggi non abbia davvero elaborato il lutto di questo paradiso virile perduto, quel mondo in cui la supremazia maschile sulle donne e sugli uomini devianti veniva considerato un assioma indiscutibile, una legge di natura, una legge divina. Tuttora, molti uomini si ostinano a guardare a quel mondo che, per comodità, chiameremo patriarcale non come al migliore dei mondi possibili, ma come all’*unico* mondo possibile su questa terra. Anche perché, credo, la dimensione che origina tutti i virilismi, in breve la paura delle donne e della libertà delle donne, continua ancora oggi a imprigionare i pensieri, i sentimenti, i comportamenti di gran parte del genere maschile. D’altra parte, io credo an-

che che oggi la posizione del dominio venga percepita da un numero sempre crescente di uomini non come un dono fortunoso del destino, ma come una armatura identitaria che costringe fisicamente il desiderio e la libertà degli stessi uomini. Quali sono i costi che noi uomini paghiamo, nelle nostre vite, per indossare quell'armatura, quella corazza? A cosa ci viene chiesto, crescendo, di rinunciare, per essere all'altezza di quel modello di virilità senza il quale non meritiamo la qualifica e il titolo di uomini?

Concludo con una citazione che considero molto significativa, da questo punto di vista, da un testo di Alberto Asor Rosa del 1985: «Uomini. Sediamo da secoli in gruppo intorno ad una tavola – non importa se rotonda o quadrata – impartendo il comando cui la nostra funzione ci abilita, distribuendo il potere che il nostro ruolo ci assegna. Anche fra amici indossiamo la corazza: i momenti più intimi della nostra conversazione passano tra celate accuratamente abbassate [...].

A forza di tenere il corpo in armatura, ne risultiamo un poco rattroppiti, le giunture scricchiolano e nel muovere ci procurano dolore. Talvolta ci sorge il sospetto che il nostro sacrificio, offerto a divinità tanto astratte quanto crudeli come quelle che compongono la religione dell'ascetismo guerriero, sia scontato e inutile, e persino oggi un poco patetico; e aspiriamo a uscire da qualche crepa della vecchia armatura, a scivolare furtivi sotto quel tavolo, per guadagnare la porta della riunione e uscire a respirare aria pura. Ma non appena fissiamo lo sguardo nello sguardo dei nostri compagni, attraverso la fessura della celata [...] e vi scorriamo la nostra stessa disperazione, la nostra prigionia, il nostro dolore, il nostro stesso smisurato orgoglio, il nostro disprezzo per tutti gli estranei alla cerchia – non appena sguardo con sguardo di nuovo s'incatena, subito il desiderio di libertà, l'ansia di gioia ci abbandonano – e scopriamo che non potremo mai lasciarli».

1.2 Le cause della violenza: il contributo della biologia e della psicopatologia

Alfonso Troisi

Dipartimento di Medicina dei Sistemi, UOP Psichiatria
Università Tor Vergata di Roma

LA TENDENZA A REAGIRE con comportamenti violenti a situazioni che causano emozioni spiacevoli come la rabbia, l'ansia e la frustrazione varia molto da persona a persona. Mentre alcuni di noi sono in grado di inibire in modo efficace le proprie reazioni aggressive, altri perdono facilmente il controllo e commettono atti violenti che possono avere conseguenze molto pericolose. L'impatto sociale dell'aggressività e della violenza ha spinto gli studiosi del comportamento umano a tentare di spiegare l'origine di queste differenze individuali.

Decenni di ricerca e migliaia di studi hanno permesso di stabilire definitivamente che la predisposizione individuale alla violenza è il risultato

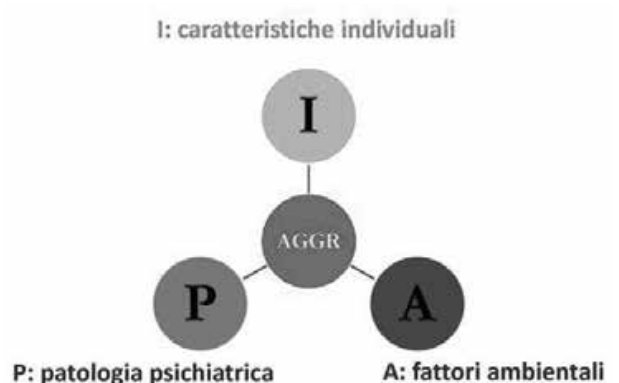


FIGURA 1 - **MODELLO
PLURIFATTORIALE DELLE CAUSE DEL
COMPORTAMENTO AGGRESSIVO.**

finale di una combinazione di cause diverse che implicano l'ambiente culturale e socio-economico, le esperienze durante l'età dello sviluppo e fattori di natura biologica tra cui il profilo genetico [FIGURA 1].

Neurochemistry of aggression



FIGURA 2: REGOLAZIONE NEUROCHIMICA ED ORMONALE DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO (DA, DOPAMINA; TEST, TESTOSTERONE, GABA, ACIDO GAMMA-AMINOBUTIRRICO; 5-HT, SEROTONINA; NE, NORADRENALINA).

Le acquisizioni più recenti hanno smentito le tesi di coloro che ponevano in alternativa le cause ambientali e quelle genetiche, dimostrando che in realtà la costituzione genetica e le esperienze ambientali interagiscono nel determinare la facilità con cui reagiamo aggressivamente a situazioni frustranti. I fattori biologici che sappiamo oggi essere importanti nel predisporre a reazioni aggressive sono alquanto eterogenei. Tra i polimorfismi genetici, rilevante è il ruolo dei geni 5-HTTLPR e MAOA [FIGURA 2].

Tra i neurotrasmettitori, centrale è il ruolo della serotonina. Tra le variabili periferiche, dimostrato è il ruolo della ipocolesterolemia. Tutti questi fattori (ed altri) interagiscono però con variabili psicologiche strutturate da esperienze ambientali, soprattutto vissute nell'infanzia [FIGURE 3 e 4].

Le differenze individuali nella possessività sono, in larga misura, spiegate dallo stile di attaccamento. Le persone che vengono allevate in un ambiente affettivo instabile, conflittuale e poco attento alle loro esigenze di sicurezza e sostegno emotivo hanno molte probabilità di sviluppare uno stile di attaccamento insicuro. Genitori che litigano di frequente, una madre iperprotettiva che vede pericoli ovunque, un padre controllante che combina distacco affettivo e onnipresenza decisionale sono alcuni dei fattori di rischio per l'instaurarsi di un attaccamento insicuro. Da adulte, le persone che hanno questo tipo di attaccamento si descrivo-

no in questi termini: “Vorrei una completa intimità emotiva con gli altri ma spesso trovo che gli altri sono riluttanti ad essermi emotivamente vicini come io vorrei. Mi sento a disagio se non ho dei legami personali profondi ma qualche volta mi preoccupo di non essere così importante per gli

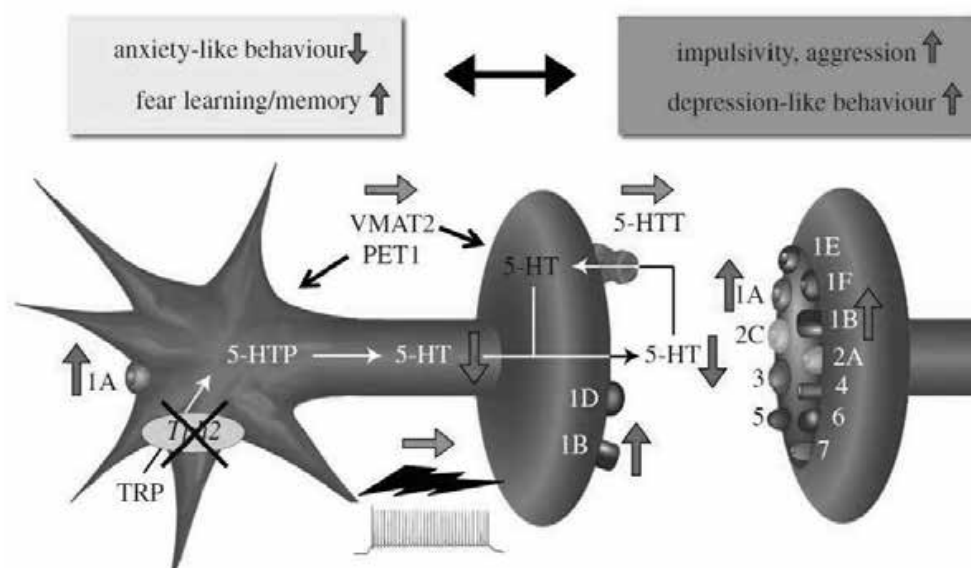


FIGURA 3 - MODULAZIONE SEROTONERGICA DELL'AGGRESSIVITÀ IMPULSIVA.

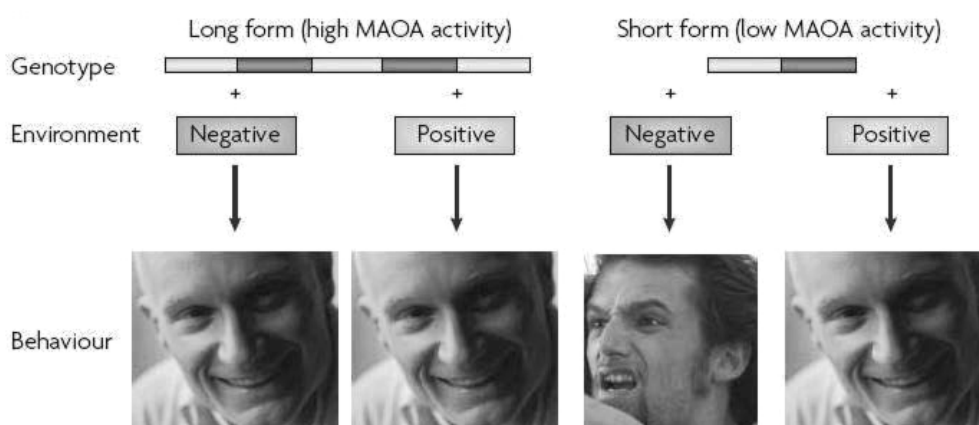


FIGURA 4 - MODELLO DELL'INTERAZIONE GENE X AMBIENTE NELLA PREDISPOSIZIONE AL COMPORTAMENTO VIOLENTO IN ETÀ ADULTA (GENE: POLIMORFISMO MAOA, AMBIENTE: TRAUMI INFANTILI).

altri quanto loro lo sono per me". Oppure: "Mi mette a disagio sentirmi emotivamente vicino agli altri. Vorrei delle relazioni personali profonde ma mi è difficile fidarmi completamente degli altri o dipendere da loro. Qualche volta penso che potrei soffrire se mi lasciassi andare e accettassi di essere emotivamente troppo vicino agli altri".

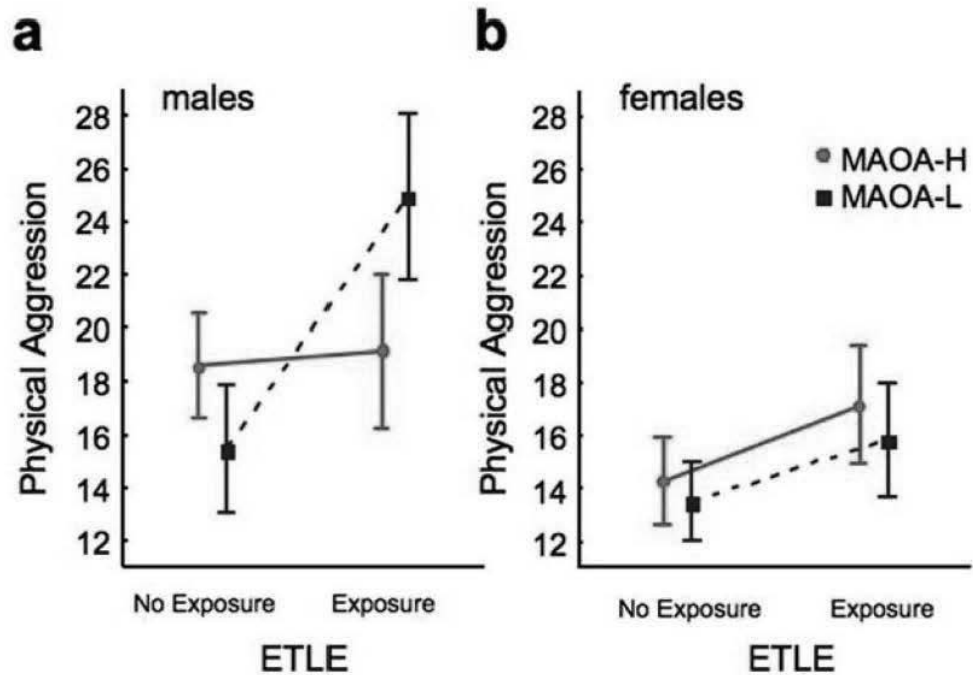
Queste convinzioni profonde (che spesso sono, in parte o del tutto, inconsapevoli) regolano il modo di comportarsi nelle relazioni affettive. La sfiducia di base verso il partner riflette la sfiducia sperimentata anni prima nelle deludenti relazioni con i genitori e si traduce in richieste continue di rassicurazioni (Mi vuoi veramente bene? Resterai sempre con me?), in errate interpretazioni di fatti irrilevanti (Al telefono è stata troppo sbrigativa, sta pensando ad un altro), in attacchi immotivati che alla fine faranno accadere quello che tanto si teme: l'abbandono (Lo sento che non conto niente per te. Ti odio. Mi lascerai per tornare da lei!).

Le persone con attaccamento ansioso (o ambivalente) portano all'interno della relazione di coppia una serie di insicurezze che riguardano sia l'affidabilità del partner che la loro capacità di essere amati. La sfiducia verso l'altro si combina con la scarsa autostima e questa combinazione è terreno fertile per reazioni di natura distruttiva. Secondo gli psicologi che si occupano specificamente dei problemi di coppia, la reazione migliore ad una situazione difficile deve basarsi su due elementi: parlare apertamente del problema facendo partecipare il partner delle proprie emozioni e concedere all'altro tempo per cambiare in meglio il proprio comportamento. L'attaccamento ansioso rende difficile o impossibile mettere in pratica queste strategie per gestire il conflitto. Prevalgono invece la tendenza ad ignorare il partner rifiutandosi di discutere il problema, la propensione a ruminare

su quello che è accaduto (spesso in assenza di riscontri oggettivi) e l'impulso a porre fine alla relazione.

La gelosia e la sorveglianza ossessiva sono correlati costanti delle forme più intense di attaccamento ansioso. Queste forme sfumano nella patologia, anche se non è facile tracciare una linea di confine tra gelosia normale e gelosia morbosa. Nella clinica psichiatrica, il delirio di gelosia è un sintomo relativamente aspecifico. Si può ritrovare nell'alcolismo, nelle demenze, nelle psicosi funzionali, nell'epilessia. Per la forma più pura di gelosia patologica (quando cioè la convinzione delirante di essere traditi non si accompagna ad altri sintomi) è stato coniato il termine di "sindrome di Otello", con un richiamo suggestivo ma forse inappropriato al dramma del personaggio shakespeariano. Otello viene in qualche modo indotto da Iago a credere che Desdemona lo abbia tradito e quindi il crescere inarrestabile della sua gelosia è da ricondursi più alla fragilità della sua reazione emotiva che alla trasformazione psicotica della realtà. La reazione di Otello è quella delle persone con attaccamento ambivalente, persone che spesso non hanno alcun disturbo psichiatrico diagnosticabile ma che sull'onda della rabbia scatenata dal presunto tradimento possono arrivare a commettere atti violenti. Molti dei casi di violenza omicida tra partner che attirano l'attenzione morbosa dei mezzi d'informazione sono da ricondurre a disfunzioni dell'attaccamento. Complessivamente questi casi sono pochi, anche se fanno la fortuna di alcuni conduttori televisivi e di qualche criminologo pronto a svelare al pubblico affamato di particolari gli anfratti più oscuri dell'animo umano. Molto più comuni i casi di quotidiana violenza domestica, di persecuzione tra ex-fidanzati (oggi si dice "stalking"), di soldi spesi per pagare le agenzie specializzate in infedeltà coniugali. Vittime sono più spesso le donne, colpevoli gli uomini. Non perché gli uomini siano

ANOVA, interaction effect
GENDER x EARLY TRAUMA x MAOA: $P < 0.009$



RISULTATI DELL'INTERAZIONE GENE X AMBIENTE nella predisposizione al comportamento violento in età adulta (gene: polimorfismo MAOA, ambiente: traumi infantili) nel campione studiato da Frazzetto G, Di Lorenzo G, Carola V, Proietti L, Sokolowska E, Siracusano A, Gross C, Troisi A. Early trauma and increased risk for physical aggression during adulthood: the moderating role of MAOA genotype. PLoS One 2007;2(5):e486.

più vulnerabili alle disfunzioni dell'attaccamento. La ragione è che queste disfunzioni si combinano con la maggiore propensione degli uomini a mettere in atto comportamenti aggressivi e ad esercitare un'intensa possessività sessuale.

In conclusione, gli studi più recenti confermano la complessità dei meccanismi che regolano il comportamento aggressivo umano e conferma quanto siano miopi i modelli che attribuiscono solo a geni o solo all'ambiente la "colpa" di indurre una predisposizione alla violenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Troisi A. *La mente dipinta. La scienza del comportamento nascosta nei capolavori della pittura*. Giovanni Fioriti Editore: Roma, 2013.

Troisi A. *Low cholesterol is a risk factor for attentional impulsivity in patients with mood symptoms*. Psychiatry Research 2011;188:83-87.

Troisi A. *Cholesterol in coronary heart disease and psychiatric disorders: same or opposite effects on morbidity risk?* Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2009; 33(2):125-32.

Frazzetto G., Di Lorenzo G., Carola V., Proietti L., Sokolowska E., Siracusano A., Gross C., Troisi A. *Early trauma and increased risk for physical aggression during adulthood: the moderating role of MAOA genotype*. PLoS One 2007;2(5):e486.

Troisi A., D'Argenio A. *Apolipoprotein A-I/apolipoprotein B ratio and aggression in violent and nonviolent young adult males*. Journal of Psychiatric Research 2006; 40(5):466-72.

Troisi A., A. D'Argenio. *The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: the role of insecure attachment*. JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS 79: 269-272, 2004.

1.3 Fisiologia del corpo violento

Anna Maria Aloisi

Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli studi di Siena

RINGRAZIO GLI ORGANIZZATORI per avermi invitato a questo Convegno e grazie anche per questa presentazione. Per me, fisiologa, pur conoscendo il corpo maschile e femminile, ed occupandomi da una vita di ormoni sessuali, non è stato semplice mettere insieme questi argomenti intorno al tema di oggi, ed accettare di parlare di un tema che fino ad oggi avevo osservato con tutta la mia partecipazione emotiva, come molti di voi, magari a casa, davanti alla televisione ascoltando casi reali, ma di cui non mi sono occupata in modo specifico. Per parlare della fisiologia del corpo violento la mia idea è quella di entrare dentro questo corpo e cercare di capire quali sono i motivi per cui ad un certo punto si arriva a far male a persone a cui si dice di volere molto bene. Inizio citando questa frase dal libro “ Alla ricerca del tempo perduto” di Marcel Proust che mi ha colpito per la coerenza al tema del Convegno:
[...] tuttavia il pericolo di questa specie di amori è che

la soggezione della donna calma un momento la gelosia dell'uomo, ma la rende anche più esigente. Si arriva a far vivere la propria amante come quei prigionieri con i quali giorno e notte si tiene la luce accesa per poterli meglio sorvegliare. E, in genere, va a finire in un dramma. [...]

Già Marcel Proust nella “Ricerca del tempo perduto” si era accorto che intervenire su questa donna non finisce lì, che l'atto di sottomissione della donna non calma questo sentimento di gelosia, anzi lo rende più esigente. Questo, come è già stato detto, non è ritenuto un problema nuovo dei nostri giorni e le seguenti due frasi ribadiscono il concetto di aggressività:

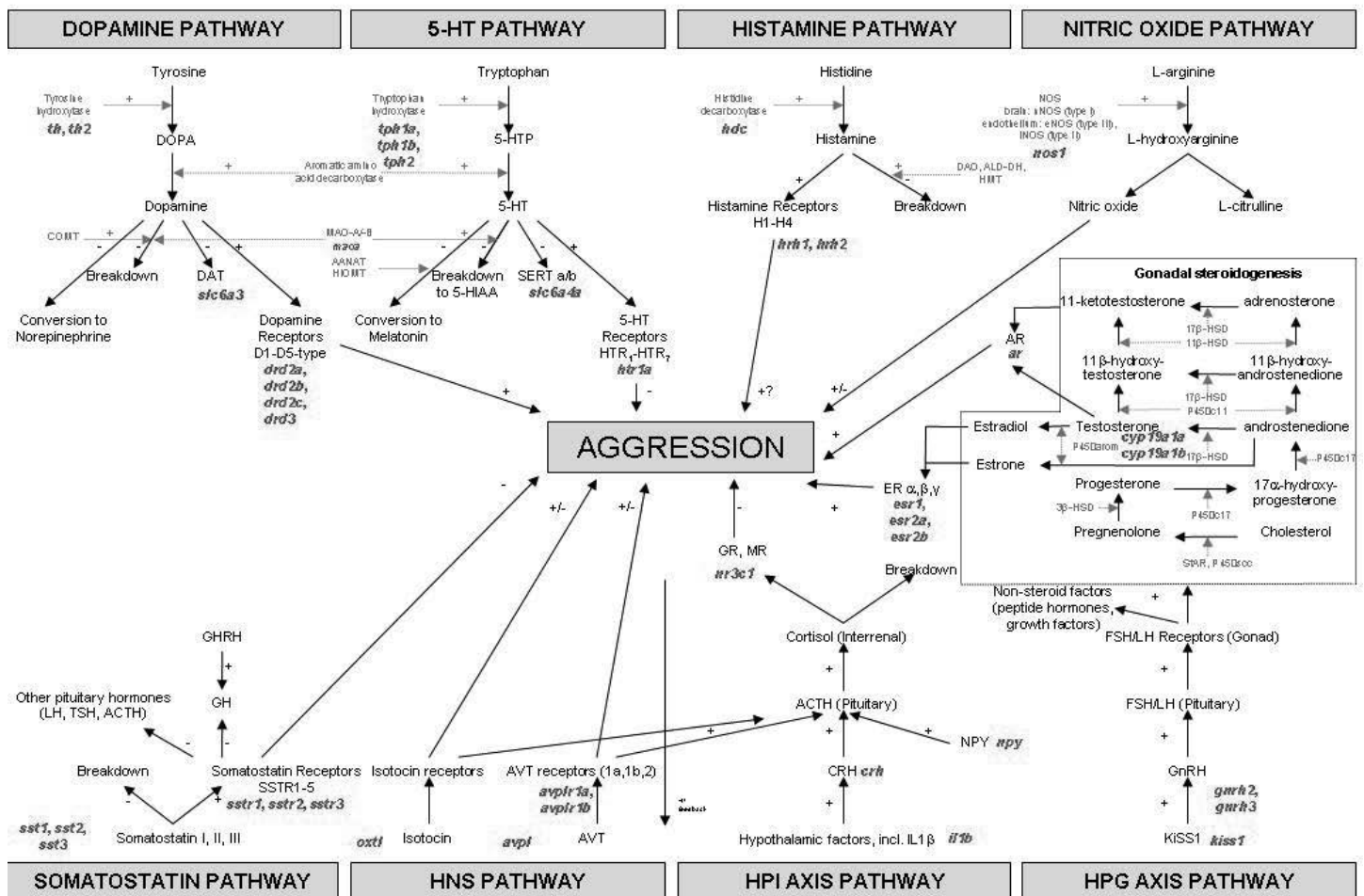
- Forma di interazione sociale che include, minaccia, attacco e lotta.
- Comportamento che intende danneggiare o minacciare il danno su un altro individuo... in molti casi una postura o gesti di sottomissione evitano lo scontro.

Quindi aggressività come forma di interazione sociale che include minaccia, attacco e lotta e qui voglio sottolineare il motivo per cui ho messo questa frase: perché il fatto che si parli di interazione sociale fa presupporre che ci sia un contatto tra individui e all'interno di questo un comportamento che intende portare, o anche solo minacciare, il danno su un altro individuo. In molti casi una postura o gesti di sottomissione evitano lo scontro. A questo proposito ricordo che ci sono tantissimi esperimenti condotti anche su animali in cui si può osservare cosa effettivamente avviene. C'è per esempio il modello classico dell'intruder, in cui un animale sconosciuto viene inserito in un ambiente sociale già formato, si osserva chiaramente che è il dominante, l'animale che effettivamente domina quella comunità, a scagliarsi contro questo intruder. Questa è una cosa che naturalmente è le-

gata al territorio, ai ruoli che ci sono in questo territorio. Ma si è visto anche che ci sono delle regole specialmente in situazioni specifiche che tendono a delimitare l'aggressività. Ci sono cioè stereotipi di comportamento in cui c'è chi aggredisce, chi risponde all'aggressione e così via. Ma, quando il comportamento aggressivo rompe queste regole, diviene patologico e violento. Quindi se l'aggressività fa parte del nostro vivere c'è però una aggressività patologica ed è questa poi che ci interessa come medici.

A questo punto ho cercato di capire quali sono le caratteristiche di questo fenomeno e chiaramente intervenendo dopo il professor Troisi il mio compito può essere più semplice. Partendo dallo schema già riassunto da Alfonso Troisi e cercando di mettere insieme tutti i meccanismi biochimici, tutte le molecole, tutte le vie nervose che in qualche modo sono state coinvolte in questo fenomeno si capisce subito come può essere impossibile trovarci un bandolo, come può essere complesso intervenire su una di queste vie. Io che mi occupo di dolore, che è già un meccanismo molto complesso, credo che questo della violenza lo sia ancora di più. Diventa difficile riuscire a modulare qualcosa che poi non si sa cos'altro potrebbe cambiare. Allora andiamo avanti cercando di fare in qualche modo un'astrazione di quelle che sono le cause più sociali di questa aggressività e anche qui una cosa mi ha colpito, se, a livello sperimentale, vogliamo far diventare aggressivo un animale lo mettiamo in isolamento. L'isolamento visto come situazione che in qualche modo può scatenare tutta una serie di reazioni emotive o ormonali o anche altro.

Credo che questo punto sia veramente molto importante rispetto al tema di oggi, soprattutto se si pensa di intervenire non solo sulla donna che ha subito la violenza ma anche agire per prevenire la violenza intervenendo sull'uomo che l'ha agita. Dobbiamo renderci conto di essere di fronte



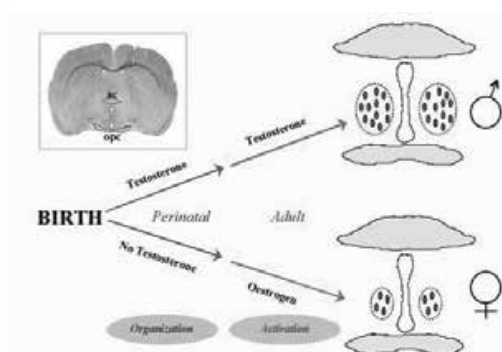
SIMPLIFIED SCHEMATIC OF REGULATORY NEUROLOGICAL PATHWAYS OF AGGRESSION IN MAMMALS TARGETED FOR THIS STUDY IN FISH. Study genes are highlighted in red. Abbreviations: 5-HIAA, 5-hydroindoleacetic acid; 5-HT, 5-hydroxytryptamine (serotonin); 5-HTP, 5-hydroxytryptophan; AANAT, arylalkylamine N-acetyltransferase; ACTH, adrenocorticotrophic hormone; ALD-DH, acetaldehyde dehydrogenase; AR, androgen receptor; AVT, arginine vasotocin; COMT, catechol-*O*-methyl transferase; CRH, corticotrophin releasing hormone; DAO, diamine oxidase; DAT, dopamine transporter; DOPA, dihydroxyphenylalanine; ER, estrogen receptor; FSH, follicle-stimulating hormone; GH, growth hormone; GHRH, growth hormone releasing hormone; GnRH, gonadotropin releasing hormone; GR, glucocorticoid receptor; H1OMT, hydroxyindole-*O*-methyltransferase; HMT, histamine-*N*-methyltransferase; HNS, hypothalamo-neurohypophysial system; HPI, hypothalamo-pituitary-interrenal; HPG, hypothalamo-pituitary-gonadal; IL1 β , interleukin 1 β ; LH, luteinizing hormone; MAO, monoamine oxidase; MR, mineralocorticoid receptor; NOS, nitric oxide synthase; NPY, neuropeptide Y; SERT, 5-HT transporter; TSH, thyrotropin-stimulating hormone. Plus (+) and negative (-) symbols indicate the proposed action of a gene/neurotransmitter/pathway on aggression (i.e. stimulatory or inhibitory, respectively).

Filby *et al.* *BMC Genomics* 2010 **11**:498 doi:10.1186/1471-2164-11-498

ad uomini violenti, e che, se veramente vogliamo parlare di prevenzione, dobbiamo ragionare su come si arriva a questa violenza. Sono convinta che l'isolamento e la solitudine interiore, anche in mezzo a milioni di persone, che probabilmente non viene riconosciuta, sia il problema da approfondire e che ancora oggi, non ho ben capito con quali mezzi sia possibile affrontarla. Cosa si può fare? Si mettono in galera? Sì, ad un certo punto, si devono mettere in galera, ma poi qual è il ruolo vero che la società deve mettere in campo per combattere questo fenomeno? Questo ancora mi sfugge. Ritorniamo al tema degli ormoni sessuali, molecole così poco valutate anche dai medici, spesso difficili da comprendere nei loro meccanismi fisiopatologici, al testosterone, capostipite di decine di altri ormoni circolanti nel nostro organismo, tra cui gli estrogeni. Questi ormoni sono sostanze potenti, basta osservare i grandi cambiamenti di atteggiamenti e di umore che si hanno nella donna nelle diverse fasi del ciclo mestruale. C'è quindi da meravigliarsi quindi per quanta poca importanza venga loro attribuita in fenomeni complessi come quelli di cui stiamo parlando. Basti pensare che si esce di casa con l'umore nero, a volte con l'umore rosa anche quando la situazione familiare o quella sociale sono esattamente le stesse!

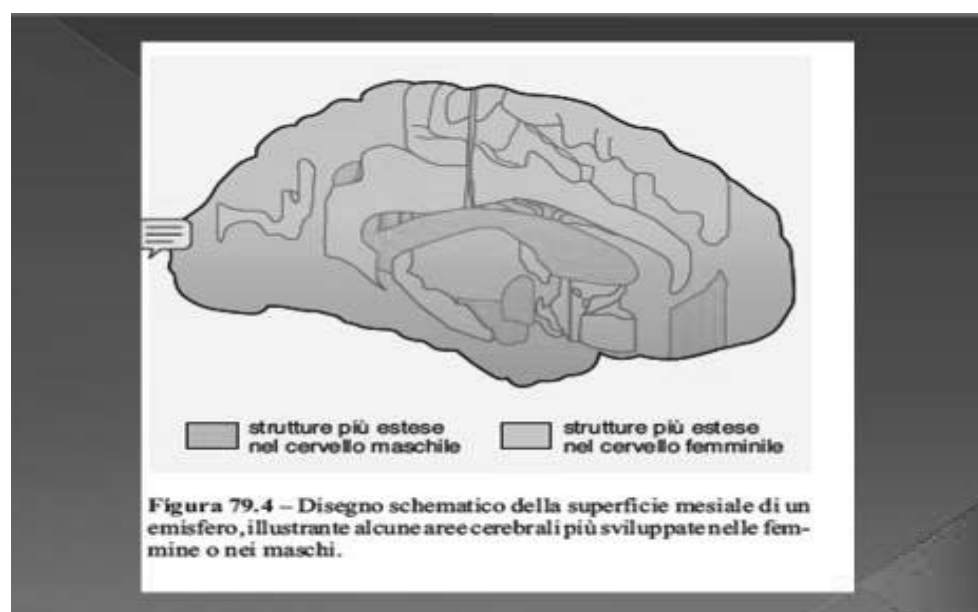
Ormoni sessuali

	TESTOSTERONE		ESTRADIOL
	ng/ml	pg/ml	pg/ml
Men	3-10	3.000-10.000	<50
Women	0.5-1	500-1000	20-400



Un interrogativo si pone anche rispetto all'uso del testosterone come sostanza dopante che molti dei nostri giovani da

tanti anni assumono. Dove sono andati a finire tutti questi ragazzi che hanno passato i migliori anni della loro vita in palestra a prendere testosterone, ora quarantenni o cinquantenni? Questa è una cosa che sinceramente mi incuriosisce.



Questi ormoni sono presenti in ambedue i sessi pur in quantità diverse, infatti si utilizzano differenti unità di misura, picogrammi e nanogrammi.

Anche nelle donne c'è una grande quantità di testosterone, e, voglio sottolineare, questi ormoni sono in circolo già prima della nascita, in grado di modificare le strutture del nostro cervello e del nostro corpo, fino alle differenze sessuali dell'adulto. Infatti gli ormoni influenzano lo sviluppo di zone morfologicamente diverse nel cervello dell'uomo e della donna.

Ritornando poi al tema del minor peso del cervello femminile, è vero, le donne hanno un cervello che pesa da cento a centocinquanta grammi in meno, rispetto ai maschi, ma tutte le attività cerebrali della donna sono molto più attive di quelle dell'uomo.

Purtroppo però questa super attività cerebrale data soprat-

tutto dagli estrogeni si paga a caro prezzo, infatti dopo la menopausa quando gli estrogeni diminuiscano drasticamente, si osserva che il doppio delle donne sono depresse, il doppio delle donne sono affette da demenza rispetto agli uomini. Queste diversità tra le diverse aree cerebrali tra uomini e donne si spiegano perché queste strutture sono completamente rivestite e modulate dai recettori per gli estrogeni e gli androgeni circolanti, inducendo modificazioni molto importanti.

Non soltanto la struttura, ma anche le funzioni sono diverse, per esempio negli esperimenti condotti per studiare le vie del dolore, i circuiti e l'elaborazione dello stimolo doloroso risultano molto differenti nei due sessi.

Quindi, se nell'idea collettiva il testosterone ha spiegato nell'uomo l'aggressività, da cui era nata anche l'idea che alcune persone dovessero proprio essere 'castrate', rese innocue con l'abolizione del testosterone, in realtà questo ormone è fondamentale sia durante il periodo prenatale che durante l'adolescenza, perché sono fasi in cui il soggetto

Do Testosterone Levels Relate to Aggression in Elderly Men With Dementia?

**Claudia Orengo, M.D., Ph.D.
Mark E. Kunik, M.D.
Victor Molinari, Ph.D.
Kimberly Wristers, Ph.D.
Stuart C. Yudofsky, M.D.**

J Neuropsychiatry Clin Neurosci 14:2, Spring 2002

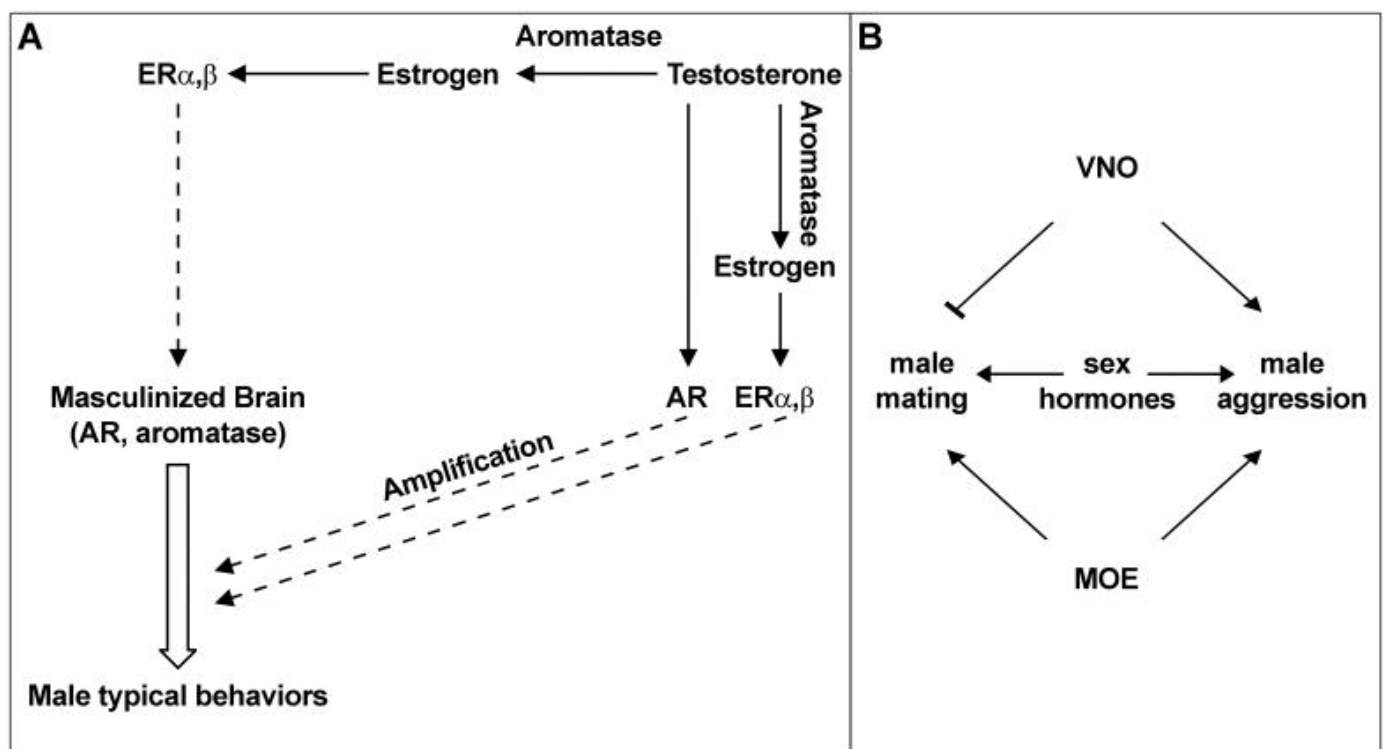
cambia moltissimo anche nel suo modo di rapportarsi con l'ambiente.

Un esperimento che mi ha colpito è quello che riguarda l'aggressività nell'anziano. Spesso l'anziano con demenza può diventare veramente aggressivo. Nello studio infatti si evidenziava che il testosterone era positivamente correlato con i livelli di aggressività, mentre gli estrogeni erano negativamente correlati.

Altri studi hanno dimostrato che la somministrazione di estrogeni "addolciva" questo comportamento. Queste ipotesi richiedono sicuramente altre conferme e ancor oggi il ruolo degli ormoni su questi fenomeni non è del tutto chiarito. Ci sono studi per valutare gli estrogeni nella modulazione del comportamento sociale, compresa l'aggressività, in cui si è visto che c'è una differenza individuale nell'espressione dei ricettori E R alfa e beta. Alla diversa distribuzione di questi ricettori corrispondeva un certo grado di aggressività. In fondo la spiegazione può essere letta nell'azione degli estrogeni che vanno a modulare i ricettori degli androgeni, spiegazione non semplice per le complesse interazioni tra i due diversi sistemi.

Altro dato interessante sul ruolo degli estrogeni riguardo all'aggressività è un altro esperimento che ha evidenziato che nelle aree geografiche dove ci sono poche ore di luce, confrontate con aree dove ci sono molte ore di luce, gli estrogeni sembrano diminuire l'aggressività. In questo esperimento si può cogliere l'influenza di fattori ambientali quali la luce sull'aggressività.

Il testosterone è un precursore, un pro ormone rispetto agli estrogeni e in questo caso gioca un ruolo primario un enzima che si chiama aromatasi. L'aromatasi è prodotta dal fegato ma viene modulata da tantissimi fattori anche esterni



- (A) Schematic illustrating that masculinization of the neural substrates for mating and territorial behaviors, including the expression of **aromatase** and AR [18**,43**], proceeds largely under the control of estrogen, which is synthesized in the brain from circulating testosterone via the action of aromatase. Both estrogen and testosterone, signaling via their cognate receptors, act on this masculinized substrate to activate male pattern behaviors.
- (B) Genetic inactivation of odor evoked activity in the MOE or VNO shows that both chemosensory pathways control male mating and aggression [52–56]. The MOE and VNO are essential for male aggression in a non-redundant manner. The MOE is essential for male sexual behavior, whereas the VNO appears to inhibit it. MOE signaling in conjunction with the high titer of testosterone increases the frequency of male courtship towards females, whereas females, who have low titers of this hormone, exhibit male type mating towards other females at a reduced frequency. The same repertoire of pheromonal receptors appears to be expressed in the two sexes, indicating that males and females can sense male pheromones, which inhibit male type mating in both sexes and promote aggression in males. This suggests that the central pathways that process pheromonal or hormonal cues for male typical fighting may be sexually dimorphic.

Melody V. Wu, et al. Curr Opin Neurobiol. 2011 February;21(1):116-123.

al nostro corpo e ciò influenza la quantità di estrogeni, androgeni... ecc.

Ci sono alcuni lavori miei e di altri che riguardano l'esposizione anomala agli estrogeni. Esistono molte sostanze, che ci arrivano nell'alimentazione tramite tante vie, tra cui il BPA (bisfenolo A), sostanza chimica che si trova nell'ambiente, che possono assolutamente influenzare il nostro comportamento modulando la quantità e la diversità degli ormoni. Infatti nella sindrome metabolica, l'aumento del grasso addominale provoca un aumento degli estrogeni con conseguente blocco della produzione di testosterone.

Io vorrei dire in conclusione che siamo veramente in un'ambiente molto complicato dal punto di vista ormonale e quindi non mi stupisce che ci siano sistemi endocrini che vengono modificati e che possono essere modulati in maniera diversa negli uomini e nelle donne.

1.4 Il valore della semeiotica della violenza

Patrizio Schinco

Commissione Pari Opportunità OMCeO Torino

GRAZIE PER LA PRESENTAZIONE E PER L'INVITO a questo Convegno: sono commosso e con vera emozione vi parlerò della mia esperienza che in verità è stata una traversata del Deserto durata circa dodici anni, da quando ho cominciato a occuparmi con cognizione di violenza, da quando la prima donna è entrata nel mio Pronto Soccorso e osservando i lividi che mostrava, le ho chiesto, “Perché ha questi lividi addosso?” e lei mi ha risposto “Mio marito mi ha picchiata”.

Ecco, allora è iniziata questa storia, poi ce ne sono state ancora e molte altre, combattute con molte altre persone, soprattutto all'interno di un percorso di Pari Opportunità, sia nell'Azienda Ospedaliera, sia all'interno dell'Ordine dei Medici di Torino.

All'inizio ero guardato quasi come un perverso, proprio come dice il professore Bellassai, perché quando mai un uomo si occupa di queste cose? Tuttavia alla fine, col tempo,

siamo riusciti a dare una dignità anche scientifica ed etica a questo problema.

Io vorrei innanzitutto, farvi vedere un breve filmato che dura due minuti e che non è un filmato sanitario. È un filmato realizzato in una scuola della Provincia di Torino, dove un famoso critico d'arte ci guida in una mostra di pittura e mostrandoci un quadro che rappresenta una donna maltrattata così, lo commenta: *“L'opera più interessante di questa mostra è senza dubbio questo ritratto di donna: qui la donna fissa con sguardo inquieto al di fuori della tela. Osservate con quale maestria l'artista ha saputo imprimere sul volto e sul corpo questi segni, questi tratti così incisivi, così graffianti, effluvi di negatività, che scaturiscono dal capo della giovane donna qui ritratta. Ma chi è l'autore di quest'opera? Si tratta di un artista che lavora per lo più tra le quattro mura domestiche ed è padrone di una tecnica sopraffina soprattutto nell'uso delle mani nude, ma anche di oggetti di uso comune. Queste qualità ne fanno una delle figure più dirompenti di tutta l'arte contemporanea.”*



Ecco questo è un filmato realizzato in una scuola e ho ottenuto di poter proiettarlo in esclusiva a questo consesso mentre sono qui a parlarvi del valore della semeiotica medica

nella violenza, per potervi mostrare un esempio di semeiotica dell'arte, come l'arte sa descrivere una condizione che noi medici possiamo vedere tutti i giorni. Ecco, noi la vediamo proprio così, è questa la visione che noi abbiamo, come l'artista l'ha interpretata, noi queste donne le vediamo dal vivo, e non vediamo solo donne ma vediamo anche bambini, vediamo anche anziani maltrattati nei nostri Pronto Soccorso.

Io vi presento ora un primo caso, per farvi capire quel'è il valore della semeiotica, un caso di quindici giorni fa, uno dei tanti casi, ma ho voluto portarvelo, è fotocopiato dalla cartella clinica del Pronto Soccorso, una Signora viene da noi, e riferisce di essere stata picchiata dal "fidanzato" consecutivamente dalle ventuno della sera precedente fino alle cinque del mattino successivo. Era già stata vista poche settimane prima, presso il nostro Pronto Soccorso, per lo stesso motivo.

Ecco l'esame obiettivo come è descritto dal chirurgo del Pronto Soccorso: *"Plurime contusioni del cranio, ematoma palpebra superiore sinistra, tumefazione e segni di contusione della piramide nasale, perdite sierose dall'orecchio destro post contusioni, dolorabilità alla palpazione dell'articolazione temporo – mandibolare bilaterale, escoriazioni labiali senza motilità dentaria apprezzabile, ematoma sottomentoniero, escoriazioni a collo e guancia destra, riferita presa al collo, ematoma recente spalla sinistra, ematomi recenti da presa al braccio destro e polso sinistro, ematoma del dorso lato destro, tumefazione e impaccio motorio mano sinistra, ematoma recente al terzo dito mano destra, voluminoso ematoma escoriato al ginocchio sinistro e coscia sinistra, multipli ematomi arti inferiori bilaterali, recenti e regressi, ematomi recenti anca destra e sinistra, ematoma recente malleolo laterale destro."*

Ecco, questa è la rappresentazione e la descrizione medica

di quello che avete visto nelle fotografie e nei filmati precedenti, la visita ortopedica: “politrauma contusivo con contusione ed ematomi in molte parti del corpo, faccia, collo, tronco, spalle, arti inferiori, eccetera eccetera.”

Potrete vedere voi stessi cosa è scritto dopo. La visita dall’ORL: *“presa visione TAC del cranio, negativa, massiccio facciale: si documenta frattura pluriframmentaria composta delle ossa del naso, si segnala l’impegno pressoché completo delle cellule mastoidee di destra da parte di materiale denso cui si associa la presenza di analogo contenuto in corrispondenza dell’orecchio medio, con l’estensione all’antrum e ipotimpano, che tende ad avvolgere la catena ossiculare senza evidenza di segni di erosioni”.*

Rx generale: “rachide cervicale rettilineizzato, si osservano linee di pregressa frattura alla settima costola di sinistra con callo osseo in esuberanza, infrazione dell’ottava costola di sinistra.”

Allora, che cos’è la semeiotica medica? La semeiotica medica è un insieme di segni, sintomi e di esami di rilevanza clinica che con una certa evidenza ti portano a fare una diagnosi di patologia, ma noi dobbiamo anche capire che aldilà della nuda descrizione degli esami, abbiamo anche la necessità di capire, di attaccare la spina, di attaccare il neurone collegato al cervello che ci fa capire qualche cosa di più.

Ho portato una piccola serie d’immagini radiologiche ottenute in parte grazie alla collaborazione con l’Ospedale Sant’Andrea di

LESIONI CHE SUGGERISCONO UN
ATTEGGIAMENTO DI DIFESA

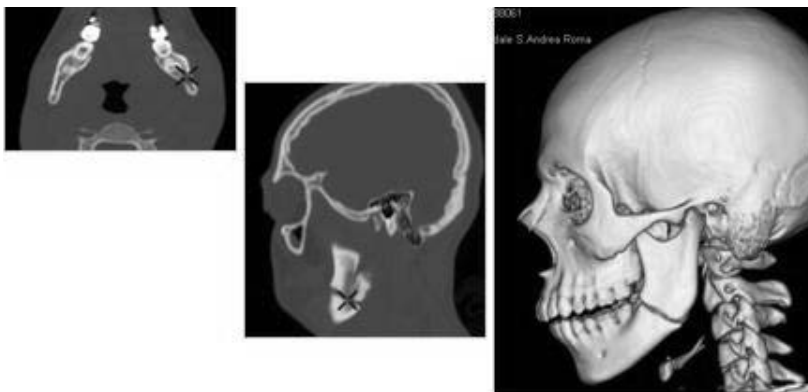


Roma, con cui abbiamo una rete clinica, e che ci fa vedere ad esempio, alcune visioni caratteristiche radiologiche: Lesioni d'atteggiamento da difesa, lesioni frequenti, di associazione anamnestica radiologica, discordanza temporale delle lesioni.

LESIONI CHE SUGGERISCONO UN ATTEGGIAMENTO DI DIFESA



FRATTURE OSSA METACARPALI



CT E RICOSTRUZIONI MOSTRANO LA FRATTURA DEL RAMO DELLA MANDIBOLA. PREVALE IL LATO SINISTRO



FRATTURE COSTALI IN DIFFERENTI FASI DI CONSOLIDAZIONE E FRATTURE DELLE APOFISI SPINOSE

Nella diagnostica della violenza, quindi, il radiologo ha un ruolo importante:

IL RUOLO DELLA RADIOLOGIA NELLA DIAGNOSTICA DELLA VIOLENZA

- Lesioni da atteggiamento di difesa
- Lesioni principali
- Dissociazione anamnastico-radiologica
- Discordanza temporale delle lesioni

Questi sono segni di semeiotica radiologica e sono indicativi di violenza, attuale o pregressa. Per esempio, lesioni che suggeriscono atteggiamenti di difesa, in questo caso sono presenti la frattura dell'osso dell'avambraccio, la frattura delle ossa metacarpali, perché una donna cerca di ripararsi e la frattura del ramo sinistro della mandibola. Perché il ramo sinistro della mandibola? Perché in genere le lesioni sono inferte con la mano destra; fratture costali presenti in diverse fasi di consolidamento e questi sono evidenze in cui lo specialista, che è il medico radiologo, si può rendere conto della presenza di una storia.

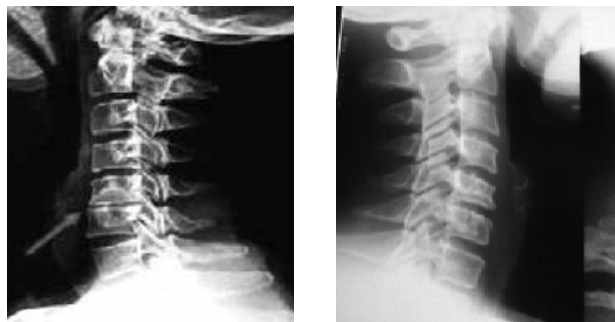
La frattura delle apofisi spinose, secondo voi come fa uno a fratturarsi le apofisi spinose?

Soltanto prendendosi una bastonata sulla schiena, non c'è un altro modo. E questo è un caso.

Immagini radiologiche simili si osservano in un altro caso che io stesso ho osservato e che vi riporto perché anche qui l'atteggiamento etico del medico rispetto ai segni della semeiotica è rilevante. Si possono osservare due immagini radiologiche simili di rettilineizzazione del rachide cervicale, ma in un caso si tratta di una paziente che ha avuto un colpo di frusta cervicale a seguito ad un trauma automobilistico,

nel secondo caso si tratta invece di una paziente che è stata proiettata dal marito contro l'armadio della camera da letto.

RETTILINEIZZAZIONE DEL RACHIDE CERVICALE



La diagnosi è la stessa, la radiografia è simile, l'applicazione del collare di Schanz è lo stesso presidio, nel primo caso, nell'incidente automobilistico, il chirurgo del Pronto Soccorso assegna ventuno giorni di prognosi, nel secondo caso, perché la donna è stata "solo" picchiata dal marito, assegna sette giorni di prognosi.

Questo è un caso che io ho visto di persona, ero presente in quella sala, e ho detto al collega: "Scusa, ma le due radiografie sono identiche, il trattamento che le fai è uguale, perché dai una prognosi diversa?" e lui mi ha detto "Non lo so." ... Mi ha detto, "non lo so", perché non era in cattiva fede, ma, in effetti, c'è una deformazione anche professionale verso questi casi, ma rispetto a questa deformazione professionale sono contento che nella nuova formulazione del codice deontologico all'articolo trentadue, invece, il medico sia posto, come suo dovere, a presidio delle persone deboli e indifese.

Ed è così realmente, perché il medico e il personale sanitario sono il presidio, l'unico che talvolta fa la differenza tra la vita e la morte, l'unico presidio che talvolta fa la differenza tra una vita felice e una vita potenzialmente infelice.

E qui andiamo in un aspetto che è relevantissimo, e sono i danni occulti alla salute delle vittime cui ha accennato pocanzi Maria Brini. Vi consiglio di leggere questa pubblicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.



**Global and regional estimates
of violence against women:
prevalence and health effects
of intimate partner violence
and non-partner sexual
violence**

*WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of
Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council- 2013
WHO reference number: 978 92 4 156462 5*



Sono una sessantina di pagine che trovate nel sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). È la descrizione più completa degli ultimi anni dei danni alla salute delle vittime di violenza, ma c'è una serie non completa di patologie che affliggono le vittime di violenza, in particolare vi segnalo le ultime due righe che hanno un'importanza fondamentale perché rappresentano forse le due uniche ragioni per cui l'essere umano sta su questa terra, cioè l'autoconservazione e la cura della propria prole, cioè prolungare la difesa della propria specie.

La gravità del danno si spiega con il danneggiamento a livello molecolare del DNA. Ed è quello che accade realmente. Molto rilevante la serie di sintomi che il medico di famiglia o di Pronto Soccorso o lo Specialista, si trovano a gestire in pazienti che hanno un'elevata probabilità di essere causati da storie di violenza domestica pregresse oppure attuali. Questi sintomi sono numerosi: emicrania, mal di testa, dolore articolare, invalidità (l'80% d'invalidi in Italia sono donne), tutte le malattie cutanee più strane, le malattie in-

testinali, la patologia infiammatoria pelvica inspiegata, il dolore pelvico cronico, patologia tipica nelle donne maltrattate, e le neoplasie.

Credo, quindi, che noi come medici dobbiamo sapere che ci sono evidenze importanti dei danni della violenza sulla salute che non possiamo dimenticare.

Tre studi di tre scuole gastroenterologiche diverse, ci dicono che c'è un'elevata concordanza tra storie di violenza, soprattutto pregressa e disturbi gastroenterici cronici, intesi anche come sindrome da irritabilità intestinale, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa.

Health consequences of intimate partner violence

Disturbi gastroenterici cronici:

- Delvaux M et al: **Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive disease or control.** Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9: 345-352
- Talley NJ et al: **Self reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: association with irritable bowel-type symptoms.** Am J Gastroenterol 1995; 9:366-371
- Baccini F et al.: **Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders.** Dig Liver Dis 2003 Apr;35(4):256-61

Ho ritenuto di dar maggior peso a questa evidenza riportando questi studi pubblicati su riviste scientifiche con Impact Factor elevato.

È soprattutto importante capire una cosa, io ho vissuto questi dodici anni, come accennavo all'inizio, vedendo lo scetticismo dei colleghi e ho capito che c'è un unico modo per sconfiggere lo scetticismo e cioè di battere i colleghi

sul loro stesso terreno. E quindi noi agiamo secondo scienza e coscienza, la coscienza è del Medico, dell'Ordine cui appartiene, la Scienza la facciamo tutti noi. Questa è scienza, esistono numerosi articoli pubblicati da diverse scuole che trattano quattro tipi di tumore nella sfera genitale femminile, il tumore alla mammella, il tumore della cervice uterina, il tumore dell'endometrio e il tumore dell'ovaio, che hanno una frequenza maggiore nelle donne che hanno un vissuto di violenza rispetto alle altre donne. C'è una frequenza diversa, maggiore. Questo fra le altre cose ha un costo sociale elevatissimo.

Adverse impact of a history of violence for women with breast, cervical, endometrial or ovarian cancer. The prevalence of a history of violence was **48.5%** (49/101 women), and within that group, **46.9%** (23/49) had a positive childhood violence screen, **75.5%** (37/49) had a positive adult screen, and **55%** (27/49) reported sexual violence at any age. Women with a positive violence screen differed significantly from women with a negative screen in that they were younger ($P = .031$), more often divorced ($P = .012$), more likely to smoke ($P = .010$), more often lacked commercial insurance ($P = .036$), and had more advanced stage of disease (**$P = .013$**). **CONCLUSION: A history of violence in breast, ovarian, endometrial, and ovarian cancer patients was extremely common and correlated with advanced stage at diagnosis.** *Modesitt*

SG et al: Mod Obstet Gynecol. 2006; 107: 1330-36

Questo è uno studio sulla violenza in gravidanza: un terzo dei casi di violenza inizia durante la gravidanza, le complicazioni per il feto sono relevantissime, la morte fetale è una complicazione, la poliabortività è noto che sia un indice molto frequente di violenza domestica.

Due terzi dei casi di violenza esordita durante la gravidanza, continua anche dopo la gravidanza. Altro pianeta ancora, del-

la stessa importanza della scoperta del micobatterio della tubercolosi riguarda i disturbi del comportamento alimentare. Infatti, la frequenza dell'associazione dei disturbi del comportamento alimentare e vissuti di violenza, soprattutto di abusi infantili, è altissima. In pratica l'unica causa. Se voi andaste a chiedere in ambito specialista, questo ormai è evidente. Quindi ora noi sappiamo che tutto questo genere di disturbi che affliggono ormai molte persone, è chiaramente dovuto a vissuti di maltrattamento e abuso soprattutto infantile.

A prospective observational study of domestic violence during pregnancy.

The incidence of low birth weight infants was significantly increased in women who reported verbal abuse, compared with the no-abuse group ($P = .002$). Physical abuse was associated with an increased risk of neonatal death ($P = .004$). Interestingly, women who declined to be interviewed had significantly increased rates of low birth weight infants ($P < .001$), preterm birth at 32 weeks of gestation or less $P = .002$, placental abruptions ($P < .001$), and neonatal intensive care admissions ($P = .008$) when compared with women in the no-abuse group, respectively.

Yost Nb, Bloom SL, McIntire DD et al Obstet Gynecol 2005 Jul;106(1):61-5

Altro articolo interessante.

Inflammation, cardiovascular disease, and metabolic syndrome as sequelae of violence against women – the role of depression, hostility and sleep disturbance.

Le donne che subiscono violenza hanno più probabilità di avere gravi problemi di salute oltre le lesioni fisiche. Tre sequele di violenza contro le donne (depressione, ostilità e disturbi del sonno)

possono aumentare il rischio di malattia. Possibile meccanismo è l'elevato livello di citochine infiammatorie. Le citochine hanno una funzione adattativa nel combattere le infezioni e riparare tessuti danneggiati. Elevati livelli cronici di citochine infiammatorie sono implicati in molte malattie fra cui 2 che non hanno ricevuto molta attenzione nella letteratura della violenza contro le donne: Malattie cardiovascolari e Sindrome Metabolica (precursore del DM2).

Kendall-Tackett KA Trauma, Violence, and Abuse, 2007, 8(2):117-126

Perché succedono queste cose? Ora arriva la spiegazione scientifica, vi ho fatto fare un percorso nella scienza, perché in realtà avvengono modificazioni nell'organismo.

Questo è uno studio che riguarda gli aspetti biologici, siamo nella semeiotica di laboratorio. Se si analizza la saliva, i secreti delle sierose, il trasudato della mucosa orale, ci sono delle percentuali diverse.

In uno studio su donne maltrattate e donne non maltrattate si vede che la percentuale di molecole infiammatorie è diversa: cioè, ci sono più molecole infiammatorie in questi liquidi nelle donne maltrattate. Ed è un esame facilissimo da fare perché basta un po' di saliva. E cosa vuol dire questo? Vuol dire che questo stato d'infiammazione cronica nell'organismo, indotto da una storia di maltrattamento, porta a malattie. Malattie di cui per esempio noi non conosciamo una spiegazione, la sindrome metabolica è una sindrome non è una malattia, e non si conosce la causa, si chiama sindrome proprio per questo. Ebbene noi sappiamo che nella sindrome metabolica ci sono queste alterazioni infiammatorie e che è precorritrice di malattie importanti come il diabete mellito di tipo 2 e le malattie cardiovascolari. E qui torniamo alla semeiotica.

Allora, quando tu vai dal cardiologo e lui ti chiede "Scusi lei fuma? Quanto fuma? Ha il colesterolo alto? Nella sua famiglia ci sono precedenti di malattie cardiovascolari?" ti

chiederà mai “Ma lei ha una storia di maltrattamento domestico?” te lo chiede? No, non te lo chiede. Uno studio di pediatri svedesi, anche questa è una cosa fondamentale, riguarda una nozione che per noi è ancora una nozione vaga, per la legge è già legge perché dal 15 di ottobre del 2013, la violenza assistita è un’aggravante del reato che comporta un’aggravante della pena del 50%, e quindi a livello di sistema giuridico è riconosciuto che la violenza esercitata in presenza di bambini minori, comporti un aggravio di pena. Ma perché succede questo? Questi pediatri svedesi hanno dimostrato, che i bambini che assistono alla violenza, fisicamente si ammalano di più di malattie infettive rispetto ai bambini che prendono le botte. Ci credereste? Eppure è così.

E qui casca l’asino. Io credo che in questa sala molti di voi sono laureati in medicina e chirurgia, in odontoiatria o in scienze infermieristiche o in altre lauree sanitarie, ma sarei curioso di sapere chi è al corrente che nel 2009 è stato dato un premio Nobel della medicina ad una Biologa statunitense che ha fatto uno studio sull’invecchiamento cellulare. Lo studio sull’invecchiamento cellulare si basava su di una popolazione di donne maltrattate versus una di donne non maltrattate e un gruppo di controllo che era una professione molto stressante ovvero, educatrici di asilo nido. Reggio Emilia è famosa nel mondo per i suoi asili nidi no? Quella era la popolazione di controllo.

La Professoressa Elisabeth Blackburn in quello studio ha dimostrato che nelle donne maltrattate c’è un’alterazione molecolare a livello dei cromosomi, in particolare sono accorciati i telomeri, piccole sequenze poste a protezione dei cromosomi, portando questo a un precoce invecchiamento cellulare e possibile incremento di neoplasie. Nelle donne maltrattate sono accorciati in modo statisticamente significativo.

Telomere Shortening in Formerly Abused and Never Abused Women.

Premio Nobel della Medicina del 2009 assegnato alla ricerca sull'invecchiamento cellulare. Lo stress psicologico cronico può accelerare l'invecchiamento a livello cellulare. I telomeri sono componenti di protezione che stabilizzano le estremità dei cromosomi e modulano l'invecchiamento cellulare. Le donne esposte a violenza domestica subiscono uno stress cronico ed hanno salute peggiore. La lunghezza dei telomeri nelle donne maltrattate era significativamente più breve rispetto ai controlli.

Humphreys J, Epel ES, Cooper BA, Lin J, Blackburn EH, Lee KA: Biol Res Nurs. 2012 Apr; 14(2):115-23.

Il risultato di questa ricerca del premio Nobel alla medicina del 2009 credo che sia sconosciuto al 999 per mille dei Medici italiani.

Ritorniamo alla semeiotica, ci sono situazioni di disturbo del comportamento alimentare, bulimia, anoressia, sospettare maltrattamenti, disturbi dell'apprendimento, perché nel cervello dei bambini avvengono delle modificazioni, non vi ho portato la documentazione, sarebbe troppo lungo, ricordatevi che i bambini vengono danneggiati a livello delle strutture della memoria a breve termine, ed è per quello che nelle scuole le maestre si accorgono che smettono di imparare, perché il loro meccanismo della memoria a breve termine viene danneggiato, malattie gastrointestinali croniche, sindrome del colon irritabile, ansia, attacchi di panico, depressione. Che motivo ha un bambino per essere depresso? Il motivo più frequente è sicuramente che i suoi genitori non vanno d'accordo. E questo provoca comportamenti autolesionistici, l'abuso di sostanze, il tabagismo, l'alcolismo, la fibromialgia, altra malattia inspiegabile, e che, caso strano collega per l'80% con storie di maltrattamento e di abuso.

Il medico ha quindi un compito molto importante, ma ci sono delle condizioni che hanno un'alta probabilità di essere causate da una storia di maltrattamento, i danni oculari, le sindromi da dolore cronico, aborto spontaneo, le disfunzioni sessuali.

Ci sono delle lesioni che sono patognomoniche: le lesioni del timpano, come si fa a lesionare un timpano secondo voi? È impossibile, almeno che tu prenda un bastoncino e attraversi tutto l'orecchio, o gli devi dare uno schiaffo sull'orecchio, oppure le lesioni del pavimento orbitario, si può produrla solo con un pugno in un occhio una lesione al pavimento orbitario, non c'è altro modo.

Ci sono ancora altre alterazioni, e quindi altri indicatori di rischio rilevabili mediante la semeiotica, per esempio la molteplicità delle lesioni, l'incongruità temporale delle stesse, le lesioni radiologiche come in precedenza descritte, la scarsa chiarezza nelle dinamiche delle lesioni, i ripetuti accessi al Pronto Soccorso, la tendenza a occultare, minimizzare, o negare, oppure familiari troppo protettivi.

Non ultimi test di screening della violenza già eseguiti sulla saliva e altri liquidi biologici negli Stati Uniti.

Il medico ha quindi alcuni compiti, prima di tutto l'accoglienza, in cui è fondamentale l'empatia verso la paziente. Inoltre, c'è la necessità di comunicare con gli altri operatori, ma soprattutto di un approccio multi professionale nelle strutture di accoglienza e di pronto soccorso.

È particolarmente difficile il ruolo del medico, che si trova spesso da solo nella gestione dei casi di violenza come il medico di famiglia nel suo studio, quando si trova a gestire dei casi complessi, in cui oltre alle sue conoscenze professionali deve saper utilizzare le competenze relazionali e comunicative per orientare correttamente le persone coinvolte.

COMPITO DEL MEDICO/A IN CASO DI VIOLENZA

- Accoglienza
- Empatia verso la paziente
- Test di screening della violenza nelle relazioni intime
- Comunicazione empatia con gli altri comunicatori
- Approccio multiprofessionale

La Violenza nelle Relazioni Intime (Intimate Partner Violence – IPV) è un’epidemia globale che si ripercuote negativamente sulla salute fisica e mentale di donne, ragazze e ragazzi e impedisce loro di condurre una vita pienamente produttiva, è un problema molto comune che colpisce un gran numero di donne, uomini e bambini i quali richiedono cure sanitarie, in Italia tre donne su dieci e un maschio su dieci subiscono abusi e maltrattamenti nell’infanzia.

La Violenza nelle Relazioni Intime assume molte forme, tra le quali l’abuso psicologico, emotivo, fisico e sessuale e gli effetti di questi abusi sulla salute delle vittime e dei loro figli sono molteplici. I problemi di salute mentale sono i più frequenti in particolare Ansia, Depressione e Sindrome da Stress Post-Traumatico.

Sono rilevanti anche i danni alla salute fisica, ma questi sono meno familiari al personale sanitario che non è stato addestrato a riconoscerli: medici e infermieri hanno un ruolo fondamentale nell’identificare e affrontare i bisogni di salute delle persone che hanno subito una storia di violenza in ambito familiare.

La conoscenza di vittime di IPV e della loro storia clinica può aiutare i medici a sviluppare una migliore comprensione di pazienti che presentano sintomi vaghi e rischi per la salute,

Le conseguenze della Violenza nelle Relazioni Intime sulla salute delle vittime e degli spettatori.

creando relazioni terapeutiche più efficaci, e lavorando per ridurre gli effetti nocivi per la salute associati con IPV (1). Sebbene poco noti alla classe medica italiana, esistono molti studi che documentano i danni fisici e psichici delle violenze subite o assistite.

È importante per gli studiosi e per i clinici sia del campo della salute fisica che di quella mentale capire e riconoscere gli effetti della violenza domestica sulle donne maltrattate e sui loro figli (2).

Le vittime di molestie e di abusi sono moltissime: questi eventi arrivano a interessare un terzo della popolazione femminile e un decimo di quella maschile e molte di queste persone non si libereranno mai delle sequele di queste esperienze e vivranno conseguenze negative per la salute a causa della violenza che hanno subito.

Sono state osservate correlazioni significative con una vasta gamma di patologie. La ricerca scientifica di questi ultimi anni, segnatamente nel campo delle Neuroscienze ha notevolmente migliorato la comprensione della fisiologia che sta alla base dell'associazione tra vittimizzazione, violenza ed effetti negativi sulla salute. Appare urgente la necessità di integrare le informazioni sull'IPV ottenute con la ricerca medica con i programmi di assistenza sanitaria, e per formare i futuri medici e gli altri operatori sanitari circa la frequenza dell'IPV e le sue rilevanti implicazioni per la salute delle pazienti (3).

L'IPV che comporta sofferenza soprattutto psicologica è associata con una vasta serie di malattie, tra le quali disabilità al lavoro, malattie autoimmuni, dolore cronico sine materia, emicrania e altri mal di testa, balbuzie, infezioni sessualmente trasmesse, dolore pelvico cronico, ulcera gastrica, colon spastico e dispepsie digestive, diarrea o stipsi. L'IPV comprese minacce, stalking, stress emotivo, danni fisici e violenza sessuale da parte di un partner, ha

influenze significative sul benessere delle donne di tutte le origini razziali e sociali. È stata osservata un'associazione statisticamente significativa tra la VIP e la scarsa salute fisica e mentale (4).

Dobbiamo riconoscere inoltre che anche solo assistere alla violenza in età infantile comporta danni, a volte non riparabili, tramite processi biologici di epigenetica che codificano per l'espressione genica e innescano un circolo vizioso di progressione verso uno stato di malattia (5).

Alcuni autori hanno individuato nei processi di metilazione delle molecole biologiche il meccanismo attraverso sono espresse malattie come l'ansia e la depressione: nei soggetti che sono stati esposti alla violenza in età infantile sia come vittime dirette sia come spettatori di violenza assistita. Il lavoro di Svensson e coll. ha dimostrato che in quella popolazione di bambini la salute fisica e mentale erano peggiori in quei bambini che assistevano la violenza rispetto a quelli che la subivano direttamente (6).

L'intensità delle cure materne parentali possono influenzare l'ansia e il peso corporeo della prole in modo permanente esitando nell'età adulta in malattie psichiatriche come l'ansia e la depressione attraverso la modulazione dell'espressione genica di una proteina cerebrale espressione del gene *Npyr1* (7).

In Italia l'ISTAT ha stimato nel 2006 che le vittime di Violenza assistita sono almeno 400.000 bambini. Milioni di bambini nel mondo ogni anno sono esposti a violenza domestica (IPV) spesso associata ad altre forme di violenza e di aggressione in casa.

L'IPV è associata significativamente a disturbi psichici e problemi comportamentali di tipo aggressivo (8). Lo stress cronico derivante da situazioni di disagio familiare e maltrattamento inibisce attraverso l'ipercortisolemia cronica, la produzione di NGF a livello dell'Ippocampo

e del Giro dentato determinando una riduzione della neurogenesi e della produzione di neurotrasmettitori a livello delle strutture nervose deputate alla memoria a breve termine (9).

Ricerche condotte con la Risonanza Magnetica Funzionale dimostrano una riduzione effettiva del peso di queste aree, che sono quelle deputate all'apprendimento, con induzione di disturbi di tale sfera cognitiva (10). Questi studi rappresentano la base scientifica di un fenomeno da sempre noto e cioè il calo del rendimento scolastico nei bambini che vivono situazioni di disagio familiare, ma rappresentano anche un momento fondamentale del processo di vittimizzazione, dove la donna vittima di IPV è incapace d'iniziativa nell'uscita da situazioni di violenza.

Numerosi studi suggeriscono, infatti, che le donne oggetto di IPV presentano minore salute fisica e mentale. Si presume quindi che lo stress cronico da IPV possa essere la causa maggiore della maggiore morbidità. Il dato è confermato dalla ricerca premiata con il Premio Nobel della Medicina del 2009 sull'invecchiamento cellulare. Lo stress psicologico cronico del maltrattamento e dell'abuso può accelerare l'invecchiamento a livello cellulare. I telomeri sono elementi di protezione che stabilizzano le estremità dei cromosomi e modulano l'invecchiamento cellulare.

Le donne esposte a violenza domestica subiscono uno stress cronico e riferiscono uno stato di salute peggiore dei gruppi di controllo. Nel lavoro della Prof. Blackburn e coll. lo scopo era esaminare la lunghezza telomerica del DNA nelle donne che hanno subito uno stress cronico da IPV. La lunghezza dei telomeri era significativamente più breve nelle sessantuno donne maltrattate in precedenza rispetto ai quarantuno controlli. I risultati di questo studio descrittivo suggeriscono un legame tra l'esposizione IPV, la durata dello stress, e la lunghezza dei telomeri e dei meccanismi

molecolari che regolano l'invecchiamento cellulare. Lo stress da IPV ha determinato un invecchiamento cellulare aggiuntivo di dieci anni (11).

Vissuti di violenza e maltrattamento sono in relazione anche con malattie specialistiche: lo stupro con PTSD concomitante può essere un fattore di rischio per sintomi cardiaci come le aritmie e le malattie cardiovascolari (12).

Lo stress durante la gravidanza è stato associato a rilevanti eventi avversi: uno studio ha messo in relazione i parametri neuroendocrini nelle donne che riferivano percosse durante la gravidanza e quelli di donne che non hanno riferito maltrattamenti. I livelli neuroendocrini non erano differenti tra i due gruppi, tuttavia, i rapporti tra gli ormoni erano diversi tra i gruppi. I risultati suggeriscono che l'esperienza materna di stress altera il rapporto dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene-placenta (13).

Le donne manifestano maggiore tendenza a sviluppare disturbo post-traumatico da stress (PTSD), il doppio circa degli uomini. Molti studi hanno fornito la prova di alterazioni del sistema neuroendocrino che coinvolgono i livelli e l'attività di cortisolo e DHEA e modifiche della funzione immunitaria che predispongono le donne verso un'alterazione della risposta immunitaria Th1, ma pochi studi hanno affrontato il possibile ruolo di queste alterazioni biologiche in una maggiore vulnerabilità delle donne allo sviluppo di PTSD (14). Altri studi fanno emergere chiaramente alterazioni della funzione immunitaria di difesa nelle donne maltrattate e della produzione di Interferone e nella frequenza di cancro della cervice uterina indipendente dall'infezione da HPV (15, 16,17).

Diversi studi hanno dimostrato che la violenza domestica (IPV) influenza la risposta immunitaria nelle donne, ma nessuno ne ha studiato l'impatto longitudinalmente nel tempo. Uno studio ha dimostrato che il recupero del

controllo immunitario su HSV-1 è possibile nelle donne che erano state esposte a IPV fisica e psicologica, nonostante una capacità antivirale inizialmente bassa (18).

La relazione tra fattori psicosociali e aumentato rischio di malattia è correlata a uno stato pro-infiammatorio elevato che riflette un aumento dei livelli di citochine pro-infiammatorie e PCR. Questo studio esamina le correlazioni tra plasma CRP e livelli di IL-6 e IL-6 solubile del recettore (SIL-6R) nel plasma, nella saliva e OMT in una popolazione di donne di mezza età con storie di violenza domestica (19). Uno studio indaga la presenza di sintomi di salute mentale e disturbi segnalati da donne ospitate in un rifugio per vittime di violenza domestica e l'impatto di questi sintomi sul lavoro, a scuola, e nei rapporti sociali. Il campione presentava tassi significativamente più alti di condizioni mentali e di menomazioni funzionali in questi campi (20). Otto studi diversi hanno evidenziato una forte relazione fra vissuti di maltrattamento e abuso nell'infanzia e Disturbi del comportamento alimentare, soprattutto condotte bulimiche (21).

Data l'alta prevalenza di IPV e le relative conseguenze mediche e dei costi di IPV, è fondamentale affrontare questo problema di salute pubblica. Prevenzione e interventi specifici possono sostanzialmente ridurre il peso dell'IPV sul sistema di sanità pubblica e migliorare notevolmente la salute delle pazienti. I Medici di Medicina Generale sono nella posizione ideale per diagnosticare le vittime di IPV e per fornire alle vittime e alle loro famiglie cure e indicazioni appropriate.

L'IPV è anche associata a un uso eccessivo di servizi sanitari e a scarsa soddisfazione in genere per le prestazioni. Con pochissime eccezioni c'è ancora uno scarso interesse nel reperimento di risorse del sistema sanitario per lo screening di routine per le donne che subiscono IPV (21).

Per le donne, qualsiasi tipo di abuso avviene raramente da solo e una sola esperienza di abuso è spesso l'eccezione piuttosto che la norma. L'importanza del concetto di carattere cumulativo degli abusi e il loro impatto negativo sulla salute sono stati ben riconosciuti nella letteratura empirica, tuttavia c'è stato scarso consenso su come chiamare questo fenomeno o nel modo di studiarlo. C'è una crescente evidenza empirica che suggerisce che non tutte le vittimizzazioni sono uguali nel determinare danno e che alcune vittimizzazioni possono avere un effetto più deleterio sulla salute di altri. I dati evidenziano una sostanziale sottovalutazione del fenomeno da parte dei nostri attuali metodi di studio e suggeriscono che questo fenomeno e la sua relazione alla salute sono molto più complessi e suscettibili di una più avanzata ricerca medica (22).

Se poi affrontiamo gli effetti di IPV non solamente dal punto di vista della salute ma anche da quello dei costi della violenza domestica (IPV) sul posto di lavoro: per il numero di ore di lavoro perse a causa di assenteismo, per i ritardi, e per la scarsa concentrazione sul posto di lavoro ed anche per i costi sul lavoro stesso, vedremo che l'IPV ha effetti molto negativi sull'organizzazione, ma che la natura e il costo di questi effetti variano secondo la tipologia di vittimizzazione (23).

Il rapporto 2012 sulla salute pubblica della Svezia mette in risalto i danni sanitari e socio-economici di un paese, dove la violenza è contrastata con molto rigore: "La violenza nelle relazioni fra partner ha conseguenze significative per la salute fisica e mentale, tra 12.000 e 14.000 donne richiedono cure mediche ambulatoriali ogni anno a causa della violenza commessa dal partner. La violenza può anche avere gravi ripercussioni sociali come: isolamento, difficoltà finanziarie, il congedo per malattia dal lavoro, la disoccupazione, ecc, e le donne sottoposte a questa forma

di violenza hanno difficoltà a cercare assistenza medica o di altro tipo. I bambini sono spesso coinvolti: circa il 10 per cento di tutti i bambini hanno subito violenze in casa e il 5 per cento l'ha sperimentata frequentemente. Molti bambini che assistono la violenza sono anche loro maltrattati (24).

Sono stati pubblicati recentemente in Italia i dati di una ricerca che ha stimato i costi sanitari e sociali della VIP: i soli costi per le cure di Pronto Soccorso superano i 700 milioni di Euro/anno. Il costo socio-sanitario globale supera i 17,4 miliardi di euro l'anno (25).

Lo studio epidemiologico più recente riguarda il ventisette paesi del Consiglio d'Europa e i dati sono omogenei per quanto riguarda la diffusione e la gravità del fenomeno violenza e per i suoi effetti negativi (26).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1) Black MC: *Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians*- American Journal Of Lifestyle Medicine September 1, 2011 5:428-439
- 2) Schinco P: *La medicina di fronte alla violenza contro le donne*. Torino Medica XXIV -n.10-Ottobre 2013 :32-33
- 3) Campbell JC, Lewandowski LA: *Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children*.-The Psychiatric Clinics of North America 1997, 20(2):353-374
- 4) Lacey KK, McPherson MD, Samuel PS, Powell Sears K, Head D: *The impact of different types of intimate partner violence on the mental and physical health of women in different ethnic groups*. -J Interpers Violence. 2013 Jan; 28 (2):359-85.
- 5) McGowan et al.: *Childhood Abuse Associated with Increased DNA Methylation in the Human Brain degree of DNA methylation*- Nature Neuroscience (2009)
- 6) Svensson B, Bornehag CG, Janson S.: *Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse - but vary with socio-economic circumstances*. - Acta Paediatr. 2011 Mar;100(3):407-12.

- 7) Eva C. *“Effetto della delezione condizionale del recettore NPY-Y1 sulla risposta comportamentale e neurochimica a uno stress cronico e all’etanolo* -J. Neurochem, 104:1043-54, 2008
- 8) Holmes MR: *Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment.*-Child Abuse Negl. 2013 Jan 14. pii: S0145-2134
- 9) Gambarana C.: *Experimental Protocols for the Study of Stress in Animals and Humans in: Nutrients, Stress, and Medical Disorders.* Edited by: S. Yehuda and D. I. Mostofsky Humana Press Inc., Totowa, NJ
- 10) Schatzberg AF et al: *Hippocampal and Amygdalar Volumes in Psychotic and Nonpsychotic Unipolar Depression*- Am J Psychiatry 2008; 165:872-880.
- 11) Humphreys J, Epel ES, Cooper BA, Lin J, Blackburn EH, Lee KA: *Telomere Shortening in Formerly Abused and Never Abused Women*-Biol Res Nurs. 2012 Apr; 14(2):115-23.
- 12) Davis Lee EA, Theus SA : *Lower Heart Rate Variability Associated With Military SexualTrauma Rape and Posttraumatic Stress Disorder*- Biol Res Nurs, October 2012; vol. 14, 4: pp. 412-418.
- 13) Talley P, Heitkempern M, Chicx-Demet A , Sandman CA : *Male Violence , Stress and Neuroendocrine Parameters in Pregnancy: A Pilot Study*- Biol Res Nurs, January 2006; vol. 7, 3: pp. 222-233.
- 14) Gil JM, Szanton S L, and Page GG : *Biological Underpinnings of Health Alterations in Women With PTSD: A Sex Disparity* - Biol Res Nurs, July 2005; vol. 7, 1: pp. 44-54.
- 15) Constantino RE, Sekula LK, Rabin B, Stone C: *Negative Life Experiences, Depression, and Immune Function in Abused and Non abused Women* - Biol Res Nurs, January 2000; vol. 1, 3: pp. 190-198.
- 16) Woods AB, Page GG, O’Campo P, Pugh LC, Ford D, Campbell JC. *The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN-gamma levels.* Am J Community Psychol. 2005 Sep;36(1-2):159-75.
- 17) Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. : *Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer.*- J Womens Health (Larchmt). 2009 Aug;18(8):1179-85
- 18) Sanchez-Lorente S, Blasco-Ros C, Coe CL, Martinez M : *Recovery of immune control over herpes simplex virus type 1 in female victims of intimate partner violence.* Psychosom Med. 2010 Jan;72(1):97-106. Epub 2009 Nov 20.

- 19) K. Fernandez-Botran R.: *Correlations among inflammatory markers in plasma, saliva and oral mucosal transudate in post-menopausal women with past intimate partner violence*. Brain, Behavior, and Immunity, 2011, 25(2):314-21.
- 20) Helfrich CA, Fujiura GT, Rutkowski-Kmitta V: *Mental Health Disorders and Functioning of Women in Domestic Violence Shelters* - J Interpers Violence April 1, 2008 23: 437-453.
- 20) Bundock L, Howard LM, Trevillion K, Malcolm E, Feder G, Oram S.: *Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with Eating Disorders*. J. Psychiatr Res 2013 Sep;47(9):1134-42.
- 21) Plichta SB: *Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences: Policy and Practice Implications* - J Interpers Violence November 1, 2004 19:1296-1323.
- 22) Scott-Storey K: *Cumulative abuse: do things add up? An evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse*. Trauma Violence Abuse 2011 Jul; 12(3):135-50.
- 23) Reeves C, Anne M. O’Leary-Kelly AM: *The Effects and Costs of Intimate Partner Violence for Work Organizations* -J Interpers Violence March 1, 2007 22: 327-344.
- 24) Leander K, Berlin M, Eriksson A, Gådin GK, Hensing G, Krantz G, Swahnberg K, Danielsson M. :*Violence Health In Sweden: The National Public Health Report 2012*. Chapter 12.- Scandinavian Journal Of Public Health, 2012; 40(Suppl 9): 229–254.
- 25) Badalassi G, Garreffa F, Vingelli G: *Quanto Costa il Silenzio? Indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne*. Intervita ONLUS Milano Novembre 2013.
- 26) *Violence against women: an EU-wide survey*. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights - Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014

1.5 Leggere i segni parlanti nell'ambulatorio del medico di medicina generale: il progetto Viola

Raffaella Michieli

Responsabile Nazionale Area Salute della Donna e Sessualità
SIMG Venezia

IL MEDICO DI FAMIGLIA SVOLGE UN'ATTIVITÀ PARTICOLARE, nel panorama delle professioni mediche, che lo mette a contatto non solo con i *pazienti* e con le loro *malattie*, ma soprattutto con gli *assistiti*, con i loro *problemi* e spesso con le loro famiglie.

La caratteristica della longitudinalità del nostro lavoro sviluppa rapporti consolidati nel tempo attraverso le “generazioni” famigliari, mentre la visione olistica ci permette di prenderci carico a 360° delle problematiche delle persone che seguiamo. Succede con una certa frequenza, soprattutto nei piccoli centri, che il medico di medicina generale (MMG) segua l'intera famiglia, ed in questo caso il contesto familiare può essere utile al medico per capire meglio le manifestazioni della paziente.

Nell'ambito della Violenza Domestica (VD) questa visione rappresenta “un'arma a doppio taglio”: permette positivamente al medico di conoscere tutti i componenti, compresi

i figli, e poter così intuire i rapporti, i legami; poiché però è la famiglia che rappresenta nella maggior parte dei casi di violenza sulle donne e sui minori, il luogo stesso dove questa violenza viene consumata, le donne possono sentirsi inibite a parlarne con qualcuno che conosca anche gli altri componenti. Infatti non è affatto scontato che le persone sappiano quanto è sacro, quale è, l'obbligo di riservatezza del medico, e le donne violate, nella difficile situazione psicologica in cui si trovano, possono temere che egli ne parli con il loro violentatore.

Ma la famiglia, a saperla leggere, è veramente un insieme di “segni parlanti”, ed anche nell'ambito della violenza familiare un medico di medicina generale può cogliere, durante una normale visita ambulatoriale, manifestazioni che lo possono insospettire da parte di uno qualunque dei componenti della famiglia.

Da parte dell'uomo (come persona che mette in atto la violenza) si tratta in genere di segni indiretti e si possono rilevare *atteggiamenti aggressivi* sia verso la partner o i figli, se presenti, o un atteggiamento generale verso il medico e il personale dello studio. Non è un riscontro frequente, ma accade.

In altri casi possiamo notare *manifestazioni di controllo verso la partner*: l'uomo sente il bisogno di accompagnarla sempre alle visite oppure chiamarla mentre è in ambulatorio per controllare dove sia. Spesso questo atteggiamento è presente nelle popolazioni straniere: essendo l'uomo quello che arriva in Italia per primo e l'unico a parlare la lingua, egli accompagna sempre la donna, spiegando i sintomi che lei lamenta. Questo impedisce una comunicazione diretta tra il medico e la donna e qualsiasi forma di privacy. Molte volte questo atteggiamento, in alcune popolazioni può essere presente per “motivi religiosi”, che ci mettono in difficoltà anche nello svolgere l'esame obiettivo.

Ancora altre volte ci possono essere da parte del compagno *atteggiamenti di minimizzazione delle patologie della donna*, quindi non solo una forma di controllo nell'accompagnarla, ma una forma di "denigrazione" psicologica davanti alla figura del medico.

La donna (come persona che subisce la violenza) può manifestare i segni in maniera diretta e visibile o indiretta. Sono purtroppo più rari i casi in cui accede direttamente al medico di famiglia proprio per mostrare questi segni (frustate, lividi, fratture, lesioni addominali, lesioni oculari, lacerazioni, abrasioni) e chiedere il suo aiuto. È importante che il medico, dopo aver visitato la donna compili il referto se le conseguenze di questa violenza ricadono negli specifici legali che lo richiedono, altrimenti, dopo aver registrato il problema nella cartella clinica, fornirà l'aiuto necessario alla paziente, dall'aspetto clinico-sanitario a quello informativo sui possibili servizi territoriali a cui rivolgersi.

Più spesso i sintomi fisici non sono le "botte", ma sono comunque riconducibili ad una forma di violenza meno eclatante ma continua operata all'interno della famiglia. È noto (Romito 2013) che la donna violata manifesta più frequentemente patologie croniche come disturbi gastrointestinali, sindrome dell'intestino irritabile, fibromialgie, sindromi da dolore cronico, malattie infiammatorie pelviche. Così come può nascondere problemi legati alla sfera sessuale come disfunzioni sessuali, malattie a trasmissione sessuale, aborti, disturbi ginecologici, gravidanze indesiderate.

Gli studi lo confermano che il medico di famiglia deve sempre rivolgere, sia all'interno di una normale anamnesi conoscitiva della paziente, ma soprattutto se ha dei sospetti, una *domanda diretta sulla violenza alla donna*.

Un altro frequente segno di violenza sottesa è la presenza di sintomi *psicologici e comportamentali*: questi possono presentarsi singolarmente o associati a sintomi fisici. A volte li

vediamo “nascere” nelle pazienti (ansia, attacchi di panico, insonnia, senso di vergogna, improvvisa inattività fisica al limite dell’apatia), ma più spesso si tratta di sintomi cronici a lungo termine (scarsa autostima, fobie, depressione, comportamenti autolesionistici o tendenze suicidarie, comportamenti sessuali a rischio, disturbo da stress post traumatico e disturbi psicosomatici) o manifestazioni di abuso/dipendenza patologiche dal cibo e da droghe, ma più spesso da fumo e alcol. È noto che le donne violate fanno un maggior uso di psicofarmaci.

Per l’importanza che le conseguenze psicologiche e fisiche della VD hanno sulla salute globale dei nostri pazienti e per il ruolo fondamentale della Medicina Generale nel far emergere un problema che l’OMS stesso stima sia “a livello mondiale causa di morte o disabilità altrettanto grave del cancro e causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti e della malaria combinati insieme” (WHO, 1997) è nata nella Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) l’idea del “*Progetto Viola*”.

IL PROGETTO VÌOLA, presentato all’ultimo Congresso Nazionale della SIMG, tenutosi a Firenze a novembre 2013, vedrà la distribuzione di un manifesto (allegato al giornale SIMG di Aprile 2014) che i medici di famiglia, potranno esporre nel proprio ambulatorio, nel caso decidano di essere “parte attiva” nella lotta alla VD. All’interno del giornale vi sarà un articolo dedicato alle informazioni essenziali epidemiologiche relative alla violenza domestica e ai “segni parlanti” che un medico di famiglia può cogliere alla visita ambulatoriale. Infine verrà fornito il numero nazionale gratuito “1522” (rete nazionale antiviolenza) e, attraverso il sito Progetto@sco la bibliografia necessaria per avere maggiori informazioni per chi volesse approfondire l’argomento. Gli obiettivi del Progetto Viola:

- sensibilizzare e informare i cittadini sulle ricadute che la violenza domestica ha sulla salute e sull'etica della società;
- attivare i MMG nella partecipazione alla lotta contro la VD;
- far sì che nella valutazione diagnostica differenziale, venga prevista la violenza come causa di malattia e far emergere il problema attraverso il colloquio clinico;
- far sì che il MMG faccia la domanda diretta sulla violenza. “Si sente mai insicura a casa sua?”, “Qualcuno ha mai provato a picchiarla o a farle del male?”;
- far sì che il MMG sappia indirizzare la persona vittima di violenza verso centri specializzati e/o di secondo livello del proprio territorio.

Il Progetto si basa su tre “essenze”

- **Sapere:** il MMG deve conoscere la realtà mondiale del fenomeno sia per capirne la vastità e l'entità delle conseguenze sia per poter analizzare il fenomeno rapportandolo al proprio ambulatorio. Inoltre ci si aspetta che il medico stesso si attivi per conoscere le reti locali a disposizione della donna così da poterla aiutare indirizzandola ai centri competenti
- **Sapere essere:** il medico di famiglia non deve mai dimenticare la buona pratica clinica e gli strumenti a sua disposizione. ***Il medico chiede, ascolta e visita.***
- **Sapere fare:** il medico di famiglia è chiamato quindi a registrare il problema Violenza nella cartella clinica poiché solo in questo modo potremo iniziare ad avere dati confrontabili e utilizzabili nell'ambito della MMG. Deve saper compilare un referto quando gli esiti della violenza ricadono negli specifici legali della denuncia d'ufficio, e saper fornire in tutti i casi il numero 1522 della rete nazionale antiviolenza. Inoltre deve conoscere le realtà territoriali tanto da poter indirizzare la donna e i suoi figli al miglior aiuto possibile.

Da una piccola ricerca condotta in due tempi, 2010 e 2013, nello studio di 8 MMG della ulss12 Veneziana, operata mediante distribuzione a tutte le donne che accedevano all'ambulatorio, di questionari anonimi tradotti in 5 lingue (italiano, francese, inglese, bengalese e cinese) abbiamo evinto che il 26% delle donne avevano subito VD (psicologica, fisica e/o sessuale) (Perissinotto G., Michieli R. 2013). Purtroppo solo l'8% delle donne che avevano risposto positivamente al questionario erano straniere che accedevano con i familiari e questo giustifica la differenza dei dati da quelli dell'OMS (37% nella regione del sud-est asiatico) (WHO,2013). Un altro dato importante è che il 65% non

Fisiche		Sessuali e riproduttive	
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

Domanda diretta sulla violenza



Tratto da:
O.N.DA
“DONNE E VIOLENZA DOMESTICA: DIAMO VOCE AL SILENZIO”
Raccomandazioni sulla violenza sulle donne per operatori sanitari

Agenda Settimanale



Lunedì

Mi ha dato uno schiaffo, ma è colpa mia.
Mi ha sempre detto di odiare i film romantici.



Martedì

Mi ha spinto contro l'armadio.
Da quando ci siamo sposati mi dice che
gli piace la carne al sangue. Mannaggia a me.



Mercoledì

Mi ha sbattuta a terra.
Mi sono dimenticata che aveva un incontro di
lavoro domani mattina e non gli ho stirato la camicia.



Giovedì

Mi ha dato un pugno. Sapevo che la gonna
era troppo corta per la festa di suo fratello.



Venerdì

Mi ha spinto per le scale.
Non gli ho chiesto il permesso per comprare
il vestito blu. Sono soldi suoi alla fin dei conti.



Sabato

Mi ha picchiata fino a farmi svenire.
Lo avevo chiamato perchè era molto tardi.
Ho dimenticato che gioca a poker con gli amici.



Domenica

Mi ha picchiata con la cinta. Mi ha lesionato
una parte del cervello. Sicuramente non era sua
intenzione. Però, per colpa mia, adesso è in carcere.

Non è mai stata colpa tua.
Parlane con il tuo medico prima che sia troppo tardi.



ne aveva parlato con il proprio MMG (Perissinotto G., Carraro AM., Michieli R., 2011).

Questa esperienza ci conferma quanto sia ancora lungo il cammino da percorrere e quanto sarà importante l'ultimo dei nostri obiettivi e cioè lo sviluppo di corsi di formazione che formino i MMG nei loro territori.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

WHO: *"Violence against women. Women's health and development programme. Geneva"* 1997

O.N.Da *"DONNE E VIOLENZA DOMESTICA: DIAMO VOCE AL SILENZIO Raccomandazioni sulla violenza sulle donne per operatori sanitari"*;

La violenza sulle donne e sui minori. P.Romito, M.Melato Carrocci editore 2013.

World Health Organisation. London School of Hygiene and Tropical Medicine. South African Medical Research Council. *"Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence"* WHO, 2013;

Rivista SIMG 2/2011: *La violenza domestica in Medicina Generale: un'indagine multiculturale*"; Perissinotto G., Carraro A.M., Michieli R.;

Comunicazione 30 Congresso SIMG Nazionale: *"La Violenza Domestica e i suoi aspetti multiculturali"*; Perissinotto G., 2013

Esperienza in ambulatorio L'ambulatorio specialistico di cardiologia

Luisa Vastano

OMCeO Reggio Emilia

NELL'AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA sono decisamente aumentate le visite di donne che presentano sintomi quali palpitazioni spesso serali, tachicardie, cardiopalmo aritmico, ipertensione arteriosa nella fascia di età tra i 30-45 anni.

Dopo aver eseguito l'ECG e la visita che nella maggior parte dei casi sono normali, la domanda che mi sento facilmente rivolgere è la seguente: come mai allora mi sento così?

La mia risposta dopo avere escluso anamnesticamente cause organiche si concentra su un disturbo da stress. In questo caso riferisco che si può trattare dell'epifenomeno di un "disagio" che la persona vive, accompagnato a vari sintomi, palpitazioni, tachicardie, a volte stanchezza spesso legata alla contrattura dei muscoli, senso di affanno, bisogno di fare un sospiro profondo, dovuto alla contrazione dei muscoli addominali che impediscono la partecipazione attiva del diaframma alla respirazione e pertanto respirando solo con i

muscoli intercostali si simula uno stato gravidico avanzato. Le donne si riconoscono in questo discorso e ciò rende accogliente il clima di dialogo, e insieme al fatto che io stessa sono donna rende spesso la paziente più disponibile a raccontarsi.

Mi trovo spesso a dialogare con donne che rivelano problemi familiari di vario genere non sempre chiaramente espressi. Alcune volte ho intuito che si trattasse di donne che cercavano una risposta non solo medica ai loro sintomi. Io mi sono sentita sino ad oggi “semplicemente” impreparata a fornire suggerimenti per indirizzare l’aiuto.

E poi... c’è il mondo delle donne che hanno subito violenza che essendo state sottoposte a stress cronico hanno salute peggiore. Le donne che subiscono violenza hanno più probabilità di avere gravi problemi di salute, tra cui malattie cardiovascolari... e come riferisce il dott. Schinco, “nessun cardiologo ti chiederà mai tra i fattori di rischio: ma lei ha una storia di maltrattamento domestico?...” Infatti anche io non ho mai fatto simili domande.

La medicina vive molto della sua storia nella comunicazione tra medico e paziente. Anche in questo ambito però, può verificarsi la frustrazione di non riuscire a farsi intendere o, di mancare del giusto linguaggio per far capire e, capire il disagio, il dolore e comunicare la diagnosi e la cura.

La situazione che ho descritto, in ambulatorio in un clima tranquillo, è privilegiata perché permette di poter cogliere i cosiddetti “segni parlanti”, e con “occhi che ascoltano”, di riuscire a dare risposte adeguate in un cosiddetto “momento opportuno” (prima che la violenza “esploda”).

Io credo sia necessaria non solo una sensibilità sul tema, ma soprattutto una formazione adeguata che permetta a tutti i medici in qualsiasi momento della loro attività professionale di essere in grado di dare risposte adeguate per prevenire questo fenomeno.

L'ambulatorio del medico di medicina generale e di continuità assistenziale

Alessandro Chiari

OMCeO Reggio Emilia

DOPO VENT'ANNI DI LAVORO COME MEDICO di medicina generale e di continuità assistenziale ritengo che ci sia ancora molto da lavorare sull'approccio medico alla violenza di genere. Nell'ambito della mia esperienza lavorativa e al di fuori degli episodi di violenza sessuale i cui segni sono quasi sempre abbastanza evidenti e specifici, nella violenza di genere (soprattutto quella che potremmo definire "domestica" o di "ogni giorno") spesso i segni non sono affatto parlanti, le lesioni possono sembrare quasi sempre generiche e non assolutamente specifiche. La paziente è quasi sempre una "figura fragile" che ha subito, che subisce e che forse continuerà a subire, una serie di violenze che sono mascherabili con banali incidenti domestici od infortuni fortuiti, quasi sempre dichiarati come tali. A volte, queste donne sono accompagnate nello studio medico dallo stesso autore degli episodi violenti che si pone come interlocutore spiegando come sia avvenuto l'incidente. Proprio in questi frangenti

è importante per il medico riconoscere quei segni che parlano: per rendere efficiente la nostra percezione di questo sommerso, aldilà delle nostre differenti sensibilità intuitive e della diversa esperienza lavorativa, dobbiamo affidarci all'informazione e alla formazione basata sulle modalità di ascolto e percezione. Formazione ed informazione permetteranno il riconoscimento degli episodi di quella violenza mascherata che, purtroppo, anche la conoscenza del paziente e, spesso, delle dinamiche familiari non basta a svelare.

1.6 Riconoscimento della violenza simmetrica

Giuseppina Boidi

Osservatorio FNOMcEO Professione femminile

COME CI RICORDA IL NOSTRO CODICE DEONTOLOGICO, dovere del medico è la tutela della salute senza distinzione di età, sesso, etnia. La sensibilizzazione verso il fenomeno della violenza crescente, la grave preoccupazione per la condizione di sofferenza in cui sono costrette a vivere molte donne nel mondo, le emozioni connesse ai più brutali atti di violenza verso le donne (sino a coniare il termine pregnante di femminicidio) ha fatto sì che storicamente sia stata completamente ignorata l'eventualità che la vittima possa essere di entrambi i sessi. Persino la definizione "violenza di genere" adottata dall'Assemblea delle Nazioni Unite nel 1993 recita "... ogni atto di violenza fondato sul genere che comporti o possa comportare per la donna danno o sofferenza fisica, psicologica o sessuale, includendo la minaccia di questi atti, coercizione o privazioni arbitrarie della libertà, che avvengano nel corso della vita pubblica o privata..." equiparando di fatto genere e donna. (*M.S. Fiebert, "Refer-*

ences Examining Assaults by Women on their Spouses or Male Partners: An Annotated Bibliography,” *Sexuality & Culture* 8, no. 3 (2004): 140-176.)

Inchieste, sondaggi, ricerche che analizzano il fenomeno prevedono campioni composti solo da donne e i pochi studi sulla popolazione sono spesso così ideologicamente orientati da produrre risultati e conclusioni anche diametralmente opposti. (Pelizzari E. *Psycomedia: disagio familiare e affido di minori*” 2012)

Perché questo accade? Molte possono essere le ragioni: l'accettazione culturale del potere maschile e della violenza maschile; gli stereotipi di genere (uomini da Marte, donne da Venere, i maschi hanno il testosterone che spinge l'aggressività, ecc); il dato storico che il movimento per sconfiggere la violenza tra partner sia stato sviluppato da femministe, il fatto che gli uomini siano la maggioranza nei crimini conosciuti dalla polizia; l'empatia e la preoccupazione per il trattamento a volte efferato subito dalle donne (M.A. Straus e K. Scott, “*Gender Symmetry in Partner Violence: The Evidence, the Denial, and the Implications for Primary Prevention and Treatment*”, *Prevention of Partner Violence*. Washington DC: American Psychological Association).

Questo bias sull'informazione proposta con continuità a livello istituzionale e mediatico si riflette su campagne di prevenzione e politiche di servizi poco attenti al fatto che spesso nelle coppie la violenza sia simmetrica e preveda un'escalation di comunicazioni e comportamenti reciprocamente aggressivi che ha come risultato le oltre 600.000 denunce per lesioni l'anno e qualche centinaio di omicidi (conosciamo il dato italiano dei 180 circa femminicidi, non è noto quello degli omicidi).

Premettiamo che non vogliamo affatto sottovalutare il sempre troppo alto numero di donne uccise e non stiamo dicendo che non esista una innegabile violenza maschile molto

più letale di quella femminile, ma diciamo anche che in valore assoluto si tratta pur sempre, e per fortuna, di numeri statisticamente piccoli. Se è vero infatti che l'omicidio è la forma estrema e più grave di comportamento criminale, e che nel 70% dei casi le vittime sono donne, è altrettanto vero che esso è, fortunatamente, la causa di morte in assoluto meno frequente. Gli ultimi dati Istat, relativi al 2003, ci informano che le morti femminili per omicidio sono state in quell'anno lo 0,05% delle morti femminili complessive e l'1,73 delle morti femminili per cause esterne (pari a 178 donne uccise – non solo da maschi, contro 470 maschi uccisi, quasi sempre – ma non solo – da altri maschi). Allo stesso modo il *Bureau of Justice Statistics* ha stimato nel 2007 che, in tutti gli Stati Uniti, l'occorrenza di omicidi di partner sia di 1.181 donne e 329 uomini per anno. Le donne hanno conseguenze fisiche più gravi, al punto di dover ricorrere a cure mediche sette volte più che i partner, inoltre restano bloccate all'interno di matrimoni violenti a causa delle disuguaglianze economiche (*Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. VI – N. 3 – Settembre-Dicembre 2012*). **Vogliamo invece porre l'accento sul numero altissimo di fatti violenti all'interno delle relazioni di coppia** e suggerire che il negare il problema della violenza simmetrica tra partners può diminuire l'impatto delle contromisure legislative e delle strategie preventive per contrastare un fenomeno per sua natura complesso, spesso sommerso e nascosto tra le mura domestiche. (*Macrì P et al Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. VI – N. 3 – Settembre-Dicembre 2012*)

È però vero che sollevare il tema della violenza femminile è così impopolare che rischia di attirare accuse di misoginia e di delegittimazione delle campagne contro il femminicidio. Una nota femminista francese, Elisabeth Badinter, ha suscitato enormi polemiche con il suo saggio "Fausse route" in

cui denuncia le statistiche sulla violenza domestica basate su interviste a sole donne, amalgamando soggettivo ed oggettivo, pressioni psicologiche ed aggressioni fisiche, al fine di stabilire una superiorità morale del sesso femminile: “A voler ignorare sistematicamente la violenza ed il potere delle donne, a proclamarle sempre oppresse e quindi innocenti, si dipinge una umanità divisa in due che non corrisponde alla verità. Da un lato le vittime dell’oppressione maschile, dall’altro i carnefici onnipotenti”.

La situazione dell’informazione in Italia è tale che, a parte i dati sulla popolazione carceraria e le statistiche psichiatriche, non esistono praticamente ricercatori o studiosi che abbiano messo a punto ricerche rigorose. L’unico grande studio, quello ISTAT del 2006 con un grosso budget che ha permesso di contattare telefonicamente 25.000 donne ha portato a una stima di circa 7 milioni di donne vittime di violenza. E nessun uomo? La definizione di violenza (fisica e psicologica) era così ampia che non è facile comparare i nostri risultati con quelli di altri studi internazionali (Pelizzari).

Ma come medici e come studiosi non dobbiamo cercare di mettere a punto indagini rigorose, neutre, incondizionate, per poter meglio capire le radici dei fenomeni, i fattori di rischio, le strategie di approccio e di cura?

Io credo che dovremmo porci queste domande:

La violenza femminile è una questione rilevante? Uomini e donne manifestano aggressività e violenza nello stesso modo? L’aggressività e la violenza di maschi e femmine sono determinate dalle stesse cause? Nelle coppie in crisi, donne e uomini iniziano atti violenti nella stessa percentuale? Le motivazioni sono simili (rabbia, coercizione per disciplinare il partner, esercitare il potere)?

Cominciamo a indagare l’aggressività femminile basandoci

sui criminal records: per quanto riguarda i reati, vi sono differenze nel tipo e nei tassi.

- Tra i condannati per reati l'80% è maschio, con una molto più elevata prevalenza per violenza, rapina, reati di droga.
- I tassi differiscono a seconda del reato, con donne più coinvolte in piccoli reati.
- Il 70% delle donne e 45% dei maschi commettono reati semplici o comuni.
- Vi è predominanza maschile per crimini che richiedono forza fisica, reati di droga, reati sessuali.
- Vi è predominanza femminile per infanticidio, abuso fisico infantile, omicidio di familiari (triplo dei maschi), crimini legati a relazioni con partner violento.
- La maggior parte delle donne è rappresentata da *One Time Violence*.
- Le donne commettono la maggior parte degli omicidi su bimbi, una maggior quantità di abuso fisico su bimbi, una uguale quantità di violenza su fratelli, un quarto degli abusi sessuali su bimbi, una buona parte dei reati di violenza sul partner.
- Il rischio di essere ucciso da una donna è massimo se la donna è tra 20 e 30 anni; se le donne fanno un atto violento contro un estraneo è più facile che abbiano un disturbo psichico grave o una storia personale di violenza (gangs femminili).
- Le donne uccidono in sequenza decrescente:
 - uomini che vogliono lasciarle;
 - uomini che le hanno lasciate.
- Il 30% delle donne omicide hanno precedenti per violenza, il 70% delle donne sono risultate altrettanto violente dei compagni nelle statistiche sulle *battered women* (M.P. Johnson, "Conflict and Con-

trol. Gender Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence”, *Violence Against Women* 12, no 11 (2006): 1.003-1.018).

- Sul totale degli omicidi il 13.2% è commesso da donne e l’86.8% da maschi, con il 20% di omicidi maschili vs familiari o partner e il 60% di omicidi femminili vs membro della famiglia o partner.

Ci possiamo ancora chiedere: la differenza di tipologia e frequenza tra i crimini può correlarsi a differenze nel modo di esprimere l’aggressività?

Esiste un’aggressività diretta: fisica, verbale un’aggressività e indiretta: psicologica, tra cui il gossip, l’esclusione (molto praticata tra le ragazze), il female stalking.

Le donne sono più coinvolte in aggressività indiretta e i maschi sono fisicamente più aggressivi per cui gli effetti della violenza sono più gravi per la maggior forza fisica.

La differenza di genere è minore per l’aggressività verbale, con uguale frequenza tra i partner delle coppie in crisi.

L’aggressività fisica è più efficace nelle relazioni tra maschi perché rispecchia le norme dei gruppi maschili.

L’aggressività relazionale è più efficace nelle relazioni fra donne perché risponde ai valori del gruppo sociale.

Inoltre, l’aggressione maschile è generalmente diretta verso altri maschi (amici o estranei) mentre l’aggressione femminile è più facilmente diretta verso il partner, ed è meno associata ad assunzione di alcool.

Le donne compiono più e più gravi violenze psicologiche (umiliazioni, critiche in merito a capacità sessuali o economiche), mentre gli uomini causano più ferite e più decessi.

Prendendo in esame le coppie si osserva che (I.H. Frieze, “*Female Violence Against Intimate Partners: An Introduction*”, *Psychology of Women Quarterly* 29, no 3 (2005): 229-237.) spesso le donne tendono a innescare il conflitto, i maschi

ad evitarlo. Il conflitto è innescato dal partner demanding piuttosto che avoiding.

Di solito l'aggressività femminile è innescata da un comportamento maschile evitante e di ricerca di autonomia, mentre l'aggressività maschile è innescata da un comportamento femminile di richiesta di coinvolgimento eccessivo.

Le modalità aggressive non trovano limiti nella prestanza fisica o nello sviluppo muscolare; anche un soggetto apparentemente più "fragile" della propria vittima può utilizzare armi improprie (stoviglie, padelle, mattarelli) percosse a mani nude, calci e pugni secondo modalità che solo i preconcetti classificano come esclusive maschili.

La significativa rappresentatività nei campioni di soggetti con prole fa emergere l'effettiva strumentalizzazione che i figli subiscono all'interno della coppia in crisi.

I dati disponibili, seppure risentano della carenza di una definizione univoca del concetto di violenza e del conflitto, sembrano comunque dimostrare che:

- a) **esiste una innegabile violenza maschile molto più letale di quella femminile.**
- b) **i fatti di violenza domestica non letali o comunque meno gravi, coinvolgono come parti attive le donne in misura molto significativa, pari o di poco superiore a quella dei maschi.** (*John Archer, Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners A meta-analytic review, Aggression and Violent Behavior 7 (4), 2002, pp. 313–51*),)

La problematica della violenza simmetrica è ormai un tema fondamentale per capire cosa accade nelle coppie e nelle famiglie in crisi ed è innegabile che i vari sforzi per ridurre il fenomeno della violenza non stanno ottenendo i risultati sperati così che alcuni studiosi cominciano ad imputare questo fatto alla concettualizzazione che vede esclusivamen-

te gli uomini come abusanti e le donne come vittime. (K.L. Anderson, "Perpetrator or Victim? Relationships between Intimate Partner Violence and Well-being", *Journal of Marriage and the Family* (2002): 851-863.

S.L. Williams and I.H. Frieze, "Patterns of Violent Relationships, Psychological Distress, and Marital Satisfaction in a National Sample of Men and Women", *Sex Roles* 52, no. 11 (2005): 771-784.

J.E. Stets e S.A. Hammons, "Gender, Control, and Marital Commitment", *Journal of Family Issues* 23, no. 1 (2002): 3-25.

Quello che noi medici dovremmo auspicare è che il fenomeno venga attentamente approfondito dagli organi istituzionali, indagando con identici strumenti e modalità un campione composto da un uguale numero di donne e uomini, considerando tutti i fattori che giocano un ruolo potenziale nelle violenze domestiche quali i ruoli di genere, l'etnia, la classe sociale, la religione, la dimensione della sessualità, secondo criteri di trasparenza e di imparzialità sino ad oggi sconosciuti.

CAPITOLO 2

I dati del fenomeno

2.1 Le rilevazioni del fenomeno della violenza

Intervista in videoconferenza via Skype di Annarita Frullini
a Linda Laura Sabbadini, Direttrice Dipartimento Statistiche Sociali - Istat Roma

ANNARITA FRULLINI

L'Istat nel 2007 ha reso disponibili i risultati di una indagine, realizzata nel 2006, sul fenomeno della violenza fisica e sessuale contro le donne. Molte da allora le ulteriori indagini. Ne parliamo con Linda Laura Sabbadini.

LINDA LAURA SABBADINI

Un primo dato che mi sento di sottolineare è che a fronte di una diminuzione degli omicidi in generale non si è evidenziata la stessa diminuzione dei femminicidi. Il problema della violenza di genere continua a configurarsi come un problema strutturale per il nostro paese, che deve essere affrontato con politiche di ampio respiro, continuative, e che mettano in rete tutti i soggetti che sono coinvolti su questo fronte.

In sostanza è come dire che la violenza si inserisce nell'insieme dei rapporti di disuguaglianza tra uomini e donne, ed è una violenza che ha origine nella società e nella cultura,

prima che negli individui stessi. Ciò fa sì che le politiche debbano essere appunto, permanenti, su questo fronte, debbano andare, in un certo senso, al di là degli stessi governi. Dall'esperienza dell'analisi dei dati internazionali, faccio parte del gruppo dell'ONU che ha stabilito le linee guida per condurre indagini che misurino il sommerso della violenza di genere, si deduce che in tutti i paesi del mondo il sommerso è la parte predominante, circa il 90% e che la violenza è trasversale a tutte le classi sociali, è trasversale anche alle varie generazioni, riguarda un po' tutti i paesi e in gran parte questa violenza avviene nell'ambito familiare.

Inoltre, molto raramente l'omicidio è frutto di un raptus improvviso, come appare nei mass-media. In realtà non arriva mai all'improvviso, ma è frutto di un'escalation di violenza all'interno della coppia e quindi per definizione, se c'è un'escalation, questa può essere ad un certo punto interrotta.

L'importante è saperla intercettare in tempo sia da parte della donna, sia da parte degli vari operatori coinvolti nel fenomeno.

Dalle indagini che noi abbiamo condotto, ormai dal 2006, ma che grazie all'impulso del Dipartimento Pari Opportunità, è in corso una raccolta dati che darà una nuova stima sia della violenza nota che di quella sommersa, altro fatto importante è che il 20% delle donne che hanno subito violenza, hanno temuto per la propria vita.

Questo è un indicatore di rischio fortissimo, perché significa che la violenza era già in atto, in questo 20% di donne, il processo di escalation della violenza stessa, pertanto è importante che le stesse donne prendano coscienza che questa escalation deve essere interrotta in tempo.

La dimensione della violenza di genere è una dimensione che è stata per decenni invisibile all'interno dei paesi, invisibile nelle statistiche ufficiali, anche nelle nostre.

Ora finalmente si è capito che queste indagini che misurano

il sommerso sono assolutamente fondamentali e a livello di Nazioni Unite, si è stabilito che periodicamente tutti i paesi conducano una rilevazione statistica, tramite l'intervista di un campione di donne di ogni paese, per individuare questa quota sommersa e la quota denunciata che è ancora una quota troppo piccola per poter essere significativa nell'insieme della violenza diffusa nei paesi scelti.

Questo gruppo dell'ONU, di cui faccio parte, ha già definito le linee guida di queste rilevazioni, sono linee guida molto simili a quelle che noi abbiamo identificato nel nostro paese e che abbiamo delineato con quattro anni di progettazioni, prima del 2006. Quindi questo è un passo in avanti assolutamente fondamentale.

Un dato che mi sento di sottolineare è che non esistono ancora statistiche armonizzate a livello mondiale, e questo è stato un tentativo che ha dimostrato che le dinamiche sono simili in tutti i paesi.

Un esempio è quello della violenza assistita: non è un problema soltanto dell'Italia quello dell'evidenziarsi che sono autori di violenza di genere più frequentemente uomini, che hanno assistito da piccoli alla violenza nei confronti del proprio padre o nei confronti della propria madre.

Ma questa evidenza emerge da tutte le indagini che sono state fatte in paesi anche di differenti culture, quindi uno dei problemi grossissimi che abbiamo per interrompere la violenza di genere, è quella di interrompere la trasmissione intergenerazionale della violenza; che avviene nel momento in cui i figli maschi assistono alla violenza sulla propria madre e che avviene anche nel momento in cui le figlie femmine vi assistono, perché questo riproduce un modello tale che quelle donne avranno più probabilità, questo si dice dai dati di molte ricerche anche criminologiche, di subire violenza a loro volta dal loro futuro partner.

Queste evidenze pur provenendo da indagini molto etero-

genee tra loro, non esistendo per ora standard di riferimento ma solo linee guida, sono però fondamentali per dare pari dignità a queste statistiche come per altri tipi di statistiche, economiche, sulla disoccupazione o la povertà, normate da leggi e periodicamente prodotte da tutti i paesi europei.

A questo obiettivo non si è arrivati, perché ancora a livello europeo non c'è la coscienza, e questo tipo di informazioni statistiche sono informazioni fondamentali per lo sviluppo della qualità della vita, delle donne, e fondamentali dal punto di vista delle politiche.

Un lavoro molto importante, è stato fatto nell'ambito della Task Force istituita dalla Ministra Kyenge, poi continuata dalla Viceministra Guerra, sulla violenza, di cui io ho coordinato un gruppo che sta terminando i lavori, proprio sulla necessità dell'integrazione delle varie fonti per garantire il monitoraggio del fenomeno della violenza di genere. L'obiettivo che ci eravamo posti, e che dobbiamo perseguire era quello di costruire un sistema integrato delle varie fonti, che ci permettesse veramente di capire il fenomeno.

Mentre, dal punto di vista delle indagini sul sommerso della criminalità, non è pensabile di riuscire a condurre un'indagine ogni anno, perché molto ampia, e costosa, quello che si può fare però, è di mettere in rete tutti i dati che ci vengono dai Pronti Soccorsi, dalle denunce attraverso il Ministero di Grazia e Giustizia, dai centri antiviolenza, dal telefono rosa, e dal Numero Verde 1522, attivato dal Ministero delle pari opportunità, insomma tutti i dati raccolti in tutti i luoghi dove potenzialmente le donne possono avere accesso e possono esplicitare in qualche modo il problema che hanno.

La cosa fondamentale è che gli archivi dei dati di tutte le associazioni e di tutti i ministeri che lavorano su questo fronte, si prestino ad una misurazione esplicita di questo fenomeno, e non solo, ma anche all'interazione che esiste tra aggressore e vittima.

Ritengo che la violenza di genere sia un terreno fondamentale, su cui bisogna veramente intervenire con grande forza, e credo che da un punto di vista di dati e delle informazioni statistiche, bisogni premere perché tutti i dati siano assolutamente allineati, che siano confrontabili, che siano armonizzati, che sia inserita questa variabile della relazione autore-vittima.

In sostanza un sistema integrato d'informazione a cui tutti possano accedere, che possa essere la base per monitorare il fenomeno ci permetterà di capire se veramente le politiche messe in atto possono determinare la diminuzione del fenomeno oppure no.

ANNARITA FRULLINI

Linda, volevo innanzitutto comunicarti che in uno degli interventi che seguiranno saranno illustrati i risultati del gruppo di lavoro dell'Istituto Superiore di sanità, che ha monitorato i dati dei ricoveri in Pronto Soccorso.

Tu stai lavorando a questi dati, dati sulla violenza in Italia, quando saranno pronti? E hai completato il lavoro che stavi facendo sulle donne immigrate e la loro denuncia della violenza?

LINDA LAURA SABBADINI

La raccolta dei dati dell'Istituto Superiore di Sanità è un'ottima iniziativa, auspicando che possa essere generalizzata a tutti i Pronti Soccorsi.

Per quanto riguarda i nostri dati, ci vorranno alcuni mesi prima che siano disponibili, anche se sarebbe importante averli entro il semestre di presidenza italiana dell'Unione Europea, nonostante la complessità, perché, a differenza della precedente, stiamo cercando di condurre le interviste anche alle donne straniere.

Ho capito anche la linea che state adottando verso la politi-

ca è di puntare più a fare una riflessione che poi diventi un pacchetto di proposte complessive sulla lotta alla violenza. Penso sia utilissimo il confronto tra le associazioni e gli amministratori.

ANNARITA FRULLINI

Le associazioni faranno parte del programma del pomeriggio, perché sono una parte importante nel percorso della violenza.

LINDA LAURA SABBADINI

Io credo sia necessario un lavoro in rete di tutti, ognuno valorizzando le proprie competenze e le proprie capacità, altrimenti non andiamo da nessuna parte, perché questa è una di quelle battaglie difficilissime da vincere e che possiamo vincere solo lavorandoci tutti insieme e rispettandoci ognuno per le competenze dell'altro.

La violenza contro le donne si può prevenire. Se si vuole

Fulvia Signani

Psicologa e Sociologa della salute AUSL Ferrara

Professore incaricato Università di Ferrara

Quando parliamo di violenza contro le donne, parliamo di un fenomeno trasversale di tutte le differenze locali, storiche, culturali, religiose, di età e ci riferiamo a una categoria che prevede sia la violenza esercitata su se stessi (gli atti di autolesionismo, i suicidi, per esempio), sia quella collettiva, che la violenza interpersonale (più spesso coniugale, definita anche violenza domestica) alla quale solitamente si pensa nel parlare di violenza di genere¹. Quest'ultima accezione è oggetto di importanti attenzioni.

Ne è un esempio l'importante denuncia di EIGE (2012) l'Istituto Europeo che studia l'uguaglianza di genere del fatto che i servizi per donne vittime di violenza, cioè case rifugio,

1 Alcuni concetti base riguardanti la violenza di genere sono già contenuti in Signani F. (2013) La violenza contro le donne è una piaga globale www.saluteinternazionale.it

servizi di emergenza esperti di violenze, linee di assistenza telefonica 24 ore su 24, consulenza legale e altri servizi specializzati sono insufficienti e inegualmente distribuiti in e tra gli Stati membri dell'Unione Europea.

Alcuni eventi del 2013 hanno dimostrato che lo *stato d'allarme* sull'inquietante fenomeno della violenza interpersonale di genere è una consapevolezza condivisa a livello globale come pure il riconoscere l'importanza di un impegno verso la ricerca di modelli d'azione efficaci.

La Commissione sullo Stato delle donne delle Nazioni Unite nel marzo del 2013 condivide una nuova dichiarazione 'The elimination and prevention of all forms of violence against women and girls' che propone che la prevenzione di tutte le forme di violenza contro le donne e ragazze, inclusa la violenza sessuale, sia intesa come priorità e di assicurare che gli specifici bisogni delle donne e ragazze vengano considerati nei programmi d'azione di tutti gli ambiti di vita, compresa l'assistenza umanitaria a riduzione dei rischi da disastri naturali. La Dichiarazione invoca leggi dedicate e la fine dell'impunità di chi si macchia di crimini di violenza, suggerisce anche di accrescere le misure di protezione dalle violenze e stupri per donne e ragazze, sia in spazi pubblici che privati, sollecitando il coinvolgimento delle comunità anche attraverso una pianificazione mirata di infrastrutture, trasporti e illuminazione pubblica. Ma propone anche l'uso intenzionalmente pianificato dei media sociali ed interattivi e di sensibilizzare e rendere competenti i servizi sanitari delle varie forme di violenza che possono essere presentate dalle donne come pazienti, quindi sia delle violenze sessuali, che del rischio di cure e pratiche mediche irreversibili (per esempio l'isterectomia, il parto cesareo forzato, l'aborto forzato, la sterilizzazione forzata, l'uso forzato dei contrac-

cettivi, etc.) senza un consenso informato. La Dichiarazione si chiude quindi con un forte invito a monitorare il fenomeno, raccogliere dati, rendersi sensibili alle evidenze.

Un importante esempio di presa d'atto delle varie forme di violenza collettiva è quella di HarassMap² un sito utile a censire e georeferenziare le aggressioni sessuali per le vie dell'Egitto, divenuto di particolare utilità durante la "Primavera araba" dei primi mesi del 2013. Lo stesso provvedimento³ è stato attuato per la Siria, grazie al Progetto giornalistico WMC Women Under Siege finanziato da privati, sindacati e fondazioni e che investiga su rapimenti, stupri ed altre forme di violenze sessuali usate come strumenti offensivi in conflitti. La violenza sessuale si sa da tempo che rappresenta a tutti gli effetti un *marker* di violenze più severe e di una escalation di violenza in atto (Coker et al., 2000). Ricordiamo e quindi che esistono in questo momento fenomeni non sempre resi noti nei conflitti ancora aperti sia in Siria che in Egitto, ma anche in Israele, se consideriamo le aree sul Mediterraneo, cui vanno aggiunti i territori europei di Cecenia, Daghestan nonché Ucraina e Crimea con il coinvolgimento della Russia⁴.

Il numero monografico della rivista "The Lancet" di giugno 2013 definisce autorevolmente la violenza sulle donne una *piaga globale*. A pochi mesi di distanza, vengono pubblicati dall'OMS di Ginevra due documenti che si possono considerare fondamentali per la pianificazione di azioni a contra-

2 <http://harassmap.org/en/>

3 <https://womenundersiegesyria.crowdmap.com/>

4 I dati riportati dal sito <http://www.guerrenelmondo.it> riferiscono di conflitti attivi in 60 Nazioni del mondo al 6 marzo 2014.

sto della violenza di genere e l'allestimento di una assistenza appropriata e cioè 1) *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* (di cui tratta già il post E. Materia e A. Graziadei) che afferma che la violenza *non è inevitabile* e punta il dito sui fattori economici e socio-culturali che rinforzano la cultura di violenza sulle donne; 2) *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines* vere e proprie Linee guida basate sulle evidenze⁵.

Esistono dati di ricerca su cui basare le politiche

Le ricerche finora a disposizione dimostrano alcuni importanti elementi che portiamo qui come esempi su cui basare politiche, norme, progetti ed orientamenti di ricerca⁶:

- la giovane età espone maggiormente al rischio di essere maschio persecutore e femmina aggredita, elemento che indica l'opportunità di trattare il tema violenza fin dalle scuole superiori;
- il fatto che l'esposizione a violenze fin dall'infanzia sia come spettatori, che come vittime, favorisce sia in maschi che femmine, l'accettazione della violenza come caratteristica delle relazioni intime, politiche e norme a tutela alla salute psico-sociale di bambini e ragazzi sono indubbiamente indispensabili (Mobasheri et al., 2013);
- diversi studi trattano delle caratteristiche di personalità in associazione ai comportamenti aggressivi e persecutori nelle relazioni intime e portano ad identificare il profilo

5 Elaborate con il metodo GRADE Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

6 Ove non diversamente indicato ci si riferisce a WHO, 2010c

di *personalità antisociale* (caratterizzato da impulsività, irrispettosità delle norme sociali e mancanza di empatia) su cui andrebbero investite più risorse si ricerca;

- poiché l'abuso di alcol in particolare, e anche di sostanze che alterano la psiche, viene riconosciuto come uno dei fattori di maggiore correlazione con la violenza di genere, questo porta alla necessità di norme di legge e provvedimenti commerciali, che ne limitino la fruibilità;
- un atteggiamento mentale e pratico di accettazione della violenza, è un fattore che si riscontra spesso sia nell'aggressore che nella vittima e attiene alla condivisione di uno stile maschilista che vede una predominanza del maschio e la donna considerata 'strutturalmente' inferiore; con gli uomini che detengono il potere economico e decisionale richiede la messa in campo di più azioni a contrasto dello stile maschilista, dove le donne non hanno accesso al divorzio, dove è accettato che i conflitti tra adulti si risolvano con la violenza – in alcuni studi si è rivelato fattore predittivo l'assenza di gruppi di donne a cui la vittima possa fare riferimento (Taft, 2009 cit. in WHO, 2010c; Antai, 2011);
- gli uomini con più partner sessuali contemporanee sono più spesso attori di violenze, a questo spesso si abbina la percezione di infedeltà da parte della loro donna partner fissa;
- uno studio comparativo su 16 diverse nazioni (WHO, 2010c) ha dimostrato che i livelli più bassi di violenza domestica si ritrovano in quelle società che hanno adottato leggi fortemente punitive contro gli aggressori ma anche norme morali che legano la comunità e che, per esempio, prevedono l'intervento dei vicini quanto le donne vengono picchiate. Sono società in cui le donne hanno luoghi in cui trovare ricovero protetto o un buon supporto familiare, quello che viene definito il modello sanzione-rifugio;

- non risponde al vero il pregiudizio che la violenza sia solo un fenomeno collegato alla povertà, ma è vero che molte donne povere vivono in situazioni di questo genere;
- finora l'efficacia di interventi di aiuto a donne, vittime di violenza, che possano essere intercettate durante i contatti con vari servizi sanitari, è stata poco studiata. Una ricerca con medici di famiglia e loro pazienti, ha consentito di indagare, tra l'altro, in che modo e con chi le persone parlano della sicurezza propria e dei propri figli e di valutare quanto si sentono confortate dall'avere questa possibilità.

I risultati, tra le tante indicazioni, forniscono il consiglio concreto di fare formazione ai medici di famiglia perché si abituino a chiedere alle loro pazienti notizie in merito al proprio stato di sicurezza, come area d'indagine di routine, da annotare sistematicamente nella cartella clinica; di formare i medici per metterli in grado di fornire supporto nel caso intercettino una donna vittima di violenza, azione che, è provato, può contribuire a migliorare un quadro di depressione (Hegarty et al, 213).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Antai D. (2011) *Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors?*, BMC Women's Health , 11:56
2. EU (2012) Risoluzione del Parlamento europeo del 13 marzo 2012 sulla parità tra donne e uomini nell'Unione europea – 2011
3. García-Moreno C., Jansen H., Ellsberg M. Heise L. Watts C. (2005) *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*, WHO, Geneva

4. Hegarty K., O'Doherty L., Taft, A., Chondros P., Brown S., Valpied J., Astbury J., Tackett A., Gold L., Feder G., Gunn J. (2013) *Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial*, The Lancet, Vol 382
5. Jewkes R. (2013) *Intimate partner violence: the end of routine screening*, The Lancet, Vol 382
6. Signani (2013) *La salute su misura. Medicina di genere non è medicina delle donne*, Este Edition
7. WHO (2004) *Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*, Geneva
8. WHO (2009) *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into work of WHO*. Geneva, Department of Gender, Women and Health. www.who.int/gender/en
9. WHO (2010a) *Gender mainstreaming for health managers: a practical Approach*, Department of Gender, Women and Health, Geneva
10. WHO (2010b) *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*, Geneva
11. WHO (2013a) *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, Geneva
12. WHO (2013b) *Violence against Women. The Health Sector Responds*
13. WHO (2013c) *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*, Geneva
14. UN United Nations - Commission on the Status of Women (2013) *The elimination and prevention of all forms of violence against women and girls*, Fifty-seventh session, 19 March
15. Mobasheri, Molavi Choobini, Mardanpour, Kiani, Asadi Farsani (2013) *Systematic Review of Violence Against Women*, Life Science Journal, 10(4)
16. Coker A.L., Smith P.H., McKeown R.E., King M.J. (2000) *Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering*, American Journal of Public Health, 90(4):553-9
17. EIGE European Institute of Gender Equality (2012) *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States: Violence against Women – Victim Support*, Publications Office of the European Union, Luxembourg

2.2 La mappatura globale dell'epidemia della violenza di genere

Nicoletta Denticò

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

Incontri come quello di oggi a Reggio Emilia sono il segno che le cose si muovono nel nostro paese, c'è un passo dopo passo che va consolidandosi, magari sottotraccia, ma nel solco di azioni innovative e iniziative multidisciplinari che marcano inesorabilmente la cifra di un cambiamento, culturale e politico, importantissimo. Perciò sono particolarmente felice di essere qui con voi, e ringrazio con grande senso di apprezzamento le organizzatrici e gli organizzatori di quest'appuntamento.

Una seconda notazione preliminare. Vorrei riprendere quanto messo in rilievo da Maria Brini in apertura a proposito della compresenza bilanciata dei due generi a questo incontro. È un elemento di estrema rilevanza questa partecipazione di donne e uomini alla riflessione sul tema della violenza contro le donne, un dato di novità che sarebbe stato poco pensato ed agito solo qualche anno fa, ed

una buona pratica da replicare e *modellizzare*, se mi passate la parola. Il fenomeno del femminicidio è purtroppo argomento di discussione ancora declinato in misura eccessiva solo al femminile, con una narrazione quindi giocoforza deficitaria, quando la componente del genere maschile in questo esercizio è invece decisiva. La dinamica delle presentazioni di questa mattina dimostra meglio di qualunque altro commento la grande opportunità che ci viene data oggi.

Sono qui a parlare con una sorta di doppia titolarità. Rappresento l'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, un luogo di pensiero e di analisi indipendente sui temi della salute nel mondo, e rappresento però anche una esperienza che è stata citata più volte prima, *Se Non Ora Quando*, perché ho avuto il privilegio, irripetibile, di essere parte del primo nucleo delle co-fondatrici del movimento Se Non Ora Quando al momento della sua prima storica manifestazione il 13 febbraio 2011. Da quella immensa e scatenante mobilitazione sono oggettivamente partite molte cose in questo nostro paese, anche se non è affatto facile attivarsi in Italia con una innovativa agenda di genere.

Mi è stato chiesto di dare una rappresentazione globale del tema. In realtà qualche accenno è già stato fatto in alcuni interventi che mi hanno preceduto. Vorrei prima partire con alcune delle immagini di questa narrazione globale. Abbiamo visto finora queste donne come vittime, e non c'è dubbio che lo siano per molti versi. Ma nutro anche il forte dubbio che questa rappresentazione sia sufficiente. Sospetto che sia opportuno correggere il tiro. Così come la prospettiva sanitaria globale sul tema ci dice con forza che non possiamo più relegare la violenza di genere ai ranghi della cronaca nera e, soprattutto, non possiamo più considerare la materia solo una questione di donne, è necessario

illuminare le pieghe di un protagonismo delle donne che da moltissimo tempo, e in molte parti della terra, reagiscono e sono protagoniste di una battaglia individuale contro il dominio maschile alle quali sono sottoposte. Per questo vengono uccise spesso, per la loro ribellione. Quasi sempre solitaria. Avviene in molti casi di femminicidio in Italia, avviene in molti casi di femminicidio nel mondo: le donne muoiono perché vogliono uscire dal loro stato di vittime. Dobbiamo riconoscere e saper cogliere in questo sacrificio estremo la necessità di azioni di cambiamento collettivo. Lo dico con intento provocatorio, ma con il desiderio di una *provoca-azione* positiva. Parlare della violenza di genere è evidentemente necessario e rilevante, semmai fosse necessaria la forza di questa evidenza che ha avuto diverse declinazioni nel corso della mattinata, però questo discorso non è esente da rischi. Il rischio è la *de-politicizzazione* dell'argomento, a favore di una lettura più *individualista* e *umanitaria* dei singoli casi, decifrata di volta in volta esclusivamente secondo i canoni dell'emergenza. Ma c'è un altro rischio. Condivido l'analisi di alcune – poche, in verità – studiose, le quali sostengono che in fondo il focus sulla violenza di genere – affermatosi ormai e legittimamente anche nella realtà italiana – sia una narrazione che non disturba le istituzioni abitate in larga parte da uomini, perché in ultima analisi permette di continuare a raffigurare le donne come vittime e quindi, paradossalmente, risulta funzionale a confermare lo status quo del dominante monopolio maschile.

In fondo, qualcosa del genere è avvenuto negli ultimi mesi anche nel nostro paese. Mi ha interessato tutta la discussione recente sulla legge in materia di femminicidio. Nella comunicazione giornalistica si è parlato solo di norma anti-femminicidio, laddove in quel decreto la parola femmi-

nicidio – dato assai stravagante – non compare mai. Un tema complesso, dalle profonde radici culturali e sociali, per forza di cose multisetoriale, è stato trattato soltanto nel quadro di una verticale logica securitaria, molto maschile. Ed è stato lacerante ascoltare le parole di alcune parlamentari quando hanno detto “con questa legge abbiamo messo le donne in sicurezza”. *Mettere le donne in sicurezza* è un processo ben diverso da quanto propone la nostra nuova normativa, peraltro senza alcun significativo stanziamento di fondi, a indicare la poca convinzione politica che sottende al provvedimento.

Per contrasto, vorrei parlare dell’esperienza vissuta direttamente in India nel dicembre 2012 quando – ricorderete – il tragico fatto della ragazza stuprata da più persone all’interno di un autobus di linea si è concluso dopo sei lunghe settimane con la morte della ragazza (dopo una lacerante agonia). Essere donna in India può essere una autentica sventura, l’economista Amartya Sen arriva a definire l’India “*il paese delle donne mancanti*”, perché le donne come sapete vengono *scremate* prima ancora di nascere tramite pratiche diffuse di aborti selettivi. Si calcola in ragione di diversi milioni il numero delle donne che avrebbero dovuto nascere e non sono nate in questo paese, spesso per le questioni legate alle pratiche della dote, alle vecchie abitudini in materia di eredità. In India il fenomeno della violenza sulle donne è perfettamente banalizzato, nel senso che non fa notizia. Non faceva notizia, sarebbe meglio dire, dopo il cortocircuito determinatosi a seguito della morte della ragazza dell’autobus. Gli indiani, donne e uomini (in alcune serate gli uomini erano anche più numerosi delle donne), sono riusciti a fare di questa vicenda un evento mediatico globale. Attraverso una mobilitazione potentissima, proseguita quotidianamente per intere settimane con un effetto con-

tagio che è andato ben oltre New Delhi e le maggiori città del paese, la cittadinanza indiana è riuscita a trasformare la questione in una delle priorità dell'agenda nazionale, con una politicizzazione di domanda e una messa in discussione così potente della qualità delle politiche nazionali come l'establishment indiano non vedeva dai tempi degli attentati all'Hotel Oberoy a Mumbai (2008).

La vicenda della ragazza stuprata insomma è deflagrata nell'immaginario della popolazione indiana come una storia che non può più ripetersi e che non si può più tollerare. Da allora in India la narrazione sulla violenza non si è praticamente più fermata. Le dimostrazioni tra dicembre 2012 e gennaio 2013 hanno avuto un effetto domino mai visto prima in altri paesi del continente asiatico, incluso nella chiusa e difficile realtà del Nepal. Oggi le mie amiche femministe indiane vengono invitate in tutto il mondo a parlare della violenza in India. Questo tema campeggia sui media ormai molto di più di quanto non succeda altrove, ma l'India non è necessariamente più patologica di altri paesi.

Non posso infine non portare l'immagine dell'innovativa mobilitazione di *OneBillionRising* di cui noi tutte sentiamo parlare una volta l'anno, il 14 febbraio, ma che è divenuta ormai un movimento ramificato in decine di paesi del mondo. Il miliardo di donne che hanno voluto simbolicamente ribaltare gli stereotipi delle rappresentazioni sulla violenza sono un messaggio politico molto esigente, quasi un punto di non ritorno. Al posto dell'immagine individuale della donna contratta e supina a terra ci hanno messo i corpi in movimento nella danza. Una danza multiforme ripetuta su scala globale e nel segno della folla, del mucchio. Un esercizio di *habeas corpus* collettivo che veicola tutta l'energia positiva e rivoluzionaria delle donne.

Certo, lo diceva Linda Laura Sabatini poco fa, il 90% del fenomeno della violenza resta ancora sottotraccia. Si tratta di un dato pazzesco che conferma il rapporto che l'OMS ha portato avanti con la London School of Hygiene and Tropical Medicine e con il South Africa Medical Research Institute. Un limite oggettivo che non diminuisce affatto il valore del lavoro, in quanto primo studio globale sulla violenza di genere. Se pensate che il rapporto è stato pubblicato nel giugno del 2013, e il fenomeno è millenario come si diceva stamattina, prendiamo atto che il tempo trascorso è inesorabilmente lungo.

In effetti la storia del racconto sulla violenza di genere ha più o meno l'età di mio figlio, 21 anni. Tutto è cominciato con la CEDAW, come diceva giustamente Maria Brini. La definizione della violenza sulle donne come una violazione dei diritti umani comincia a prendere forma con il Summit sui Diritti Umani di Vienna nel 1993, ed è da quella prima decodifica che ha tratto origine poi tutta una serie di altre enunciazioni in sede internazionale. La Banca Mondiale prende posizione con un rapporto del 1994, l'OMS il primo rapporto sulla violenza di genere lo mette a punto nel 1997. Stiamo parlando di iniziative relativamente recenti.

Il rapporto del 2013 è il primo studio globale, il più grande lavoro di ricerca mai svolto sugli abusi fisici e sessuali subiti dalle donne in tutte le regioni del pianeta,

Ha degli elementi di innovazione importanti. Per la prima volta, il rapporto fa una distinzione netta tra violenza fisica o sessuale che proviene dal partner, cioè da una persona che è in una relazione di intimità con la donna (sia che si tratti di un convivente, un marito, un fidanzato: qui la gamma

delle relazioni sentimentali varia molto a seconda del paese, cioè in alcuni contesti si considera solo una relazione formale e in altri appunto vale anche la convivenza), e la violenza che si subisce invece da un non-partner, ovvero da una persona che può essere un conoscente, un amico, o un perfetto estraneo. Sono state fatte 141 ricerche, con una raccolta di dati soprattutto attraverso interviste. In altre parole la pratica di “medicina di iniziativa”, la metodologia dell’*out-reach*, andare proprio a cercarle le persone, andare nelle comunità, nei villaggi.

Il rapporto ordina appunto i dati emersi dall’analisi di 141 ricerche realizzate in 81 paesi, su 194 che fanno parte della comunità degli stati membri dell’Organizzazione Mondiale della Sanità – ne mancano ancora parecchi all’appello. L’enorme lavoro rappresenta uno strumento fondamentale per comprendere la necessità di integrare una *lettura di genere* nel discorso sulla salute. Un dato non ancora completamente acquisito, neppure in questo scorcio di dibattito post 2008 in cui si parla molto di disuguaglianze su scala globale e nazionale. Si affronta il tema perlopiù dal punto di vista della disuguaglianza di reddito, l’argomento del genere non è ancora solidamente configurato nel discorso sulla salute.

C’è la mappatura di un problema molto serio, qui alcuni dati sono nelle slide riportate e ve li commento velocemente: globalmente, il 35% delle donne hanno subito nel corso della loro vita una esperienza di violenza fisica e/o sessuale da parte di un partner o un non partner. Come vedete in alcune regioni del continente asiatico le statistiche svettano al 37,7%. Nel 30% dei casi l’episodio di violenza è prodotto dal partner, e in alcune aree del mondo questo fenomeno raggiunge il 38%. In media, il 38% dei femminicidi compiuti nel mondo è per mano del partner.

VIOLENCE AGAINST WOMEN: PREVALENCE

1 in 3 women throughout the world will experience physical and/or sexual violence by a partner or sexual violence by a non-partner



All statistics can be found in the report entitled Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, by the World Health Organization, the London School of Hygiene & Tropical Medicine, and the South African Medical Research Council, December 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>

VIOLENCE AGAINST WOMEN: HEALTH IMPACT

Women exposed to intimate partner violence are →

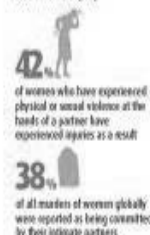
Mental Health



Sexual and Reproductive Health



Death and Injury



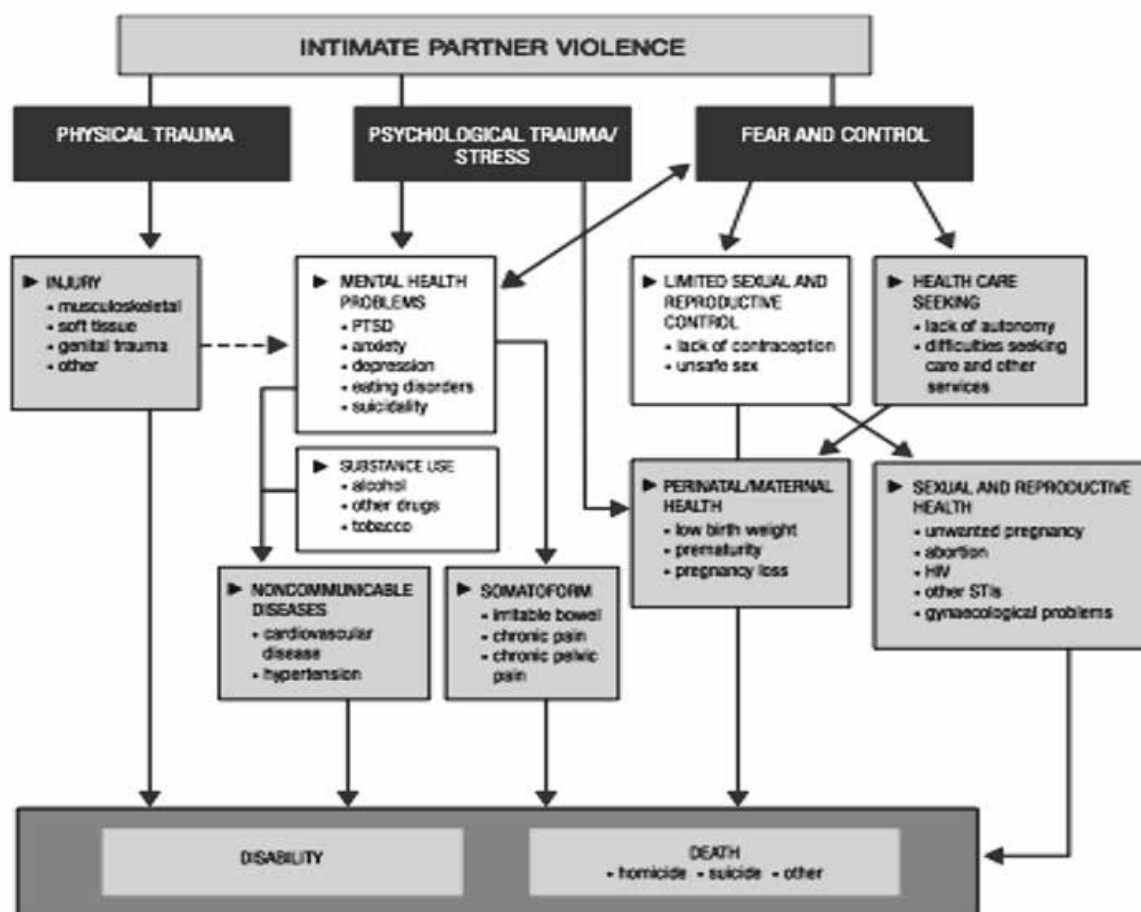
All statistics can be found in the report entitled Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, by the World Health Organization, the London School of Hygiene & Tropical Medicine, and the South African Medical Research Council, December 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>

Vediamo che l'impatto sulla salute è assai pesante. Il 42% delle donne che hanno subito violenza fisica e/o sessuale hanno subito delle ferite profonde, nel corpo e nella mente. Alcuni dei danni prodotti fisicamente da questa ondata di violenza ci sono stati rappresentati prima con grande efficacia. Sono gli stessi, non importa di quale paese siano le donne. Sono tracce globali di una stessa violenza.

Nel 16% dei casi questa violenza avviene mentre la donna è in stato di gravidanza. Le donne in queste circostanze hanno una probabilità più che doppia di avere un aborto, una probabilità doppia di entrare in depressione e di dare alla luce bambini che sono sotto peso o hanno altre forme di difficoltà alla nascita. Le donne vittima di violenza in periodo di gravidanza hanno una probabilità superiore di una volta e mezzo di contrarre malattie come l'HIV.

La concatenazione di patologie e degli effetti nel breve, nel

medio e nel lungo termine che possono intervenire a causa della violenza di genere è un territorio esplorato appena in superficie, ma si tratta di un abisso assai profondo. Lo si intuisce dal diagramma presentato nella slide successiva.



Peraltro, se la violenza subita da parte del partner è già difficile da registrare, figuriamoci che ne è della violenza che le donne e le bambine subiscono da persone che non sono partner. Eppure, dice l'OMS, il 7,2% delle donne nel mondo hanno subito questa tipologia di violenza. E poi ci sono le donne che hanno subito o subiscono le due tipologie di violenza, sia da parte del partner ma subiscono anche violenze nelle strade dai non partners. La crisi economica e le crescenti disuguaglianze all'interno dei paesi non fanno che accrescere questi orribili fenomeni sociali, nel nord e nel sud

del mondo. Giustamente prima si citava la Convenzione di Istanbul, che finalmente riconosce il fattore della situazione economica delle donne come un elemento importante nella analisi del problema della violenza di genere.

È mia intenzione – e sono quasi in chiusura – accennare rapidamente a una fattispecie molto particolare della violenza di genere che è quella delle mutilazioni genitali. La menziono qui, perché il fenomeno si manifesta ancora con dati paurosi:

Una brutalità che affligge il mondo

- L'OMS stima che il numero di donne che convivono con una mutilazione genitale siano **tra i 100 e i 140 milioni**;
- Dati gli attuali trend demografici, **ogni anno 3 milioni di bambine sono a rischio** di aggiungersi a queste statistiche ➡ **8000 bambine al giorno**
- Gran parte delle ragazze e delle donne che subiscono queste pratiche si trovano **in 28 paesi africani**, ma
- Questa tradizione è diffusa anche nel Medio Oriente, in alcune comunità dell'Asia e dell'America Latina
- Le MGF sono state documentate in India, Indonesia, Iraq, Israele, Malesia ed Emirati Arabi Uniti. Alcuni episodi anche in Colombia, DRC, Oman, Perù e Sri Lanka



anche perché l'Italia è, tra i paesi europei, quello che maggiormente deve confrontarsi con la presenza di donne che hanno subito queste mutilazioni. La cosa ha ripercussioni non irrilevanti per la gestione della problematica medica legata a questa forma di violenza, e per la formazione del nostro personale sanitario.

Infine, stiamo “celebrando” in questi giorni il ventesimo anniversario del genocidio in Ruanda, e non posso esimermi dal menzionare, in un’ottica internazionale, l’istanza della violenza di genere usata come arma di guerra nei confronti delle donne. Uno degli aspetti che non è ancora stato citato nel nostro ragionamento. Il fenomeno non è nuovo, potrebbe ben dircelo una storia raccontata dalle donne, ma quanto è avvenuto nella ex Jugoslavia o, appunto, in Ruanda, ci ha permesso una prima narrazione ufficiale su questa tragica materia. La Gran Bretagna sta facendo da almeno un anno un grosso lavoro sulla violenza contro le donne legata ai conflitti, ed uno dei ragionamenti chiave del discorso che la campagna internazionale sta portando avanti è precisamente quello di non dissociare la violenza domestica dalla violenza in conflitto, esasperazione della prima. A questo proposito, per inciso, si sta cercando di portare avanti la modifica dei codici militari perché nessuno dei codici militari – inclusi quelli dei *peacekeepers* impegnati nelle varie aree del mondo con le Nazioni Unite, o quelli della Nato e dei suoi stati membri – pronuncia una sola parola contro la violenza nei confronti delle donne. Insomma questa pratica non viene stigmatizzata in nessun modo specifico nel codice militare. Una lentezza incresciosa alla quale serve portare subito rimedio.

Voglio chiudere con queste parole di Recalcati che parlano dell’Italia, ma che in realtà dipingono una situazione che riguarda il mondo intero, in quanto raccontano della questione dell’alfabetizzazione dei rapporti fra uomo e donna. Dice Recalcati che si tratta di una violenza insopportabile, perché *“distrugge la parola come condizione fondamentale del rapporto tra i sessi. Notiamo una cosa: gli stupri, le sevizie, i femminicidi, i maltrattamenti di ogni genere che molte donne subiscono, aboliscono la legge della parola, si consumano nel*

silenzio acefalo e brutale della spinta della pulsione o nell' umiliazione dell' insulto e dell' aggressione verbale. La legge della parola come legge che unisce gli umani in un riconoscimento reciproco è infranta. Questa legge non è scritta, non appare sui libri di diritto, non è una norma giuridica. Ma questa legge è il comandamento etico di ogni Civiltà. Essa afferma che l'umano non può godere di tutto, non può sapere tutto, non può avere tutto, non può essere tutto. Afferma che ciò che costituisce l'umano è l'esperienza del limite. E che quando questo limite viene valicato c'è distruzione, odio, rabbia, dissipazione, annientamento di sé e dell' altro”

Il fenomeno della violenza in Italia

Fulvia Signani

Psicologa e Sociologa della salute AUSL Ferrara,
Professore incaricato Università di Ferrara

Amelia Ceci

Sociologa della salute, Profess@re Reggio Emilia

DI VIOLENZA DI GENERE PARLANO SPESSO le notizie di cronaca in Italia: quasi ogni due giorni, infatti, c'è l'informazione di un nuovo femminicidio⁷.

L'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali EURES, attivo dal 1998, ha pubblicato nel luglio 2013 il settimo rapporto

7 Letteralmente *femminicidio* intende non solo l'uccisione di una donna o di una ragazza, ma anche "qualsiasi forma di violenza esercitata sistematicamente sulle donne in nome di una sovrastruttura ideologica di matrice patriarcale, allo scopo di perpetuarne la subordinazione e di annientarne l'identità attraverso l'assoggettamento fisico o psicologico, fino alla schiavitù o alla morte" definizione tratta dal vocabolario Devoto-Oli del 2008, nello Zingarelli a partire dal 2010 e nel Vocabolario Treccani online. Mentre il GRADIT *Grande dizionario italiano dell'uso*, ideato e diretto da Tullio De Mauro, nel 2007 ha registrato la voce *femicidio*. Termine che ritroviamo anche nei *Neologismi* Treccani 2012 come "*femmicidio* o *femicidio*" o anche *femicidio* e *femmicidio*.

annuale su 'L'omicidio volontario in Italia' che approfondisce i dati del reato in diversi ambiti: domestico e nella sfera affettiva, con approfondimento al femminicidio; della criminalità comune; ambiti che coinvolgono, come vittime o come autori, i cittadini di nazionalità non italiana e, per la prima volta, quelli che coinvolgono la componente anziana della popolazione (over 64). Dal Rapporto si desume che tra il 2000 ed il 2012 si contano complessivamente in Italia 2.200 donne vittime di omicidio, pari ad una media di 171 all'anno, una ogni due giorni, di cui il 75% nel contesto familiare o affettivo. L'Italia è, comunque, tra i Paesi meno esposti in Europa a questa tipologia di delitto. È la Germania a detenere il primato negativo, con 350 vittime donne nel 2009, pari al 49,6% delle 706 vittime di omicidio totali e un indice di rischio pari a 0,8 per 100 mila donne residenti, seguita dalla Francia (288 vittime, pari al 34,3%, in ogni caso con un indice pari a 0,9) e dal Regno Unito (245, pari al 33,9% e un indice pari a 0,8).

Nel 2012 le vittime accertate in Italia sono state 126, 134 nel 2013, ma non esiste ancora una fonte nazionale accreditata istituzionalmente che fornisca dati ufficiali⁸.

La partenza della Campagna europea per combattere la violenza contro le donne (inclusa la violenza domestica) del 2006 contribuisce ad interpretare la violenza di genere come problema sociale e da non relegare a problema individuale, vissuto nel pericolo e senza protezione, ma di cui intenzionalmente si fa carico la comunità. Viene inoltre attribuita importanza al ruolo degli aggressori, ponendo il

8 Fonti: www.eures.it. Per i dati numerici totali facciamo riferimento a Ricerca femicidi 2013 www.casadonne.it.

problema della riabilitazione e del contrasto alle recidive. (LeNove, 2012)⁹ Il tema assume per la prima volta rilevanza pubblica e nazionale per l'attenzione anche da parte dei media che, per una serie di accordi e protocolli, dalle spiegazioni di casi di femicidio descritti inizialmente come inspiegabili 'raptus', si impegnano a spiegare la realtà in modo fedele, cioè situazione finale di un crescendo di conflitti più o meno espliciti, che in quasi tutti i casi avevano presentato segni prodromici, inascoltati e sottovalutati.

Il 2006 è anche l'anno in cui ha inizio un movimento maschile nuovo ed interessante che pubblica l'"Appello nazionale contro la violenza sulle donne" da cui nasce l'Associazione 'Maschile Plurale'¹⁰ per mettere in atto un 'impegno nazionale strutturato in questo senso. (ibidem)

Nel 2007 l'ISTAT pubblica il primo Report sulla 'Violenza e maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia' da cui emerge che oltre 6 milioni di donne tra i 15 ed i 70 anni affermano di essere state almeno una volta nella loro vita, vittima di maltrattamenti, di queste oltre due milioni sono state oggetto specificamente di comportamenti di stalking. La Legge n. 38/09 'Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori' introduce inoltre nel nostro ordinamento il reato di 'Atti persecutori' (stalking)¹¹.

La legislazione italiana comprende leggi sulla prevenzione e

9 LeNove (2012) *Uomini abusanti. Prime esperienze di riflessione e intervento in Italia*. Rapporto di ricerca. Dipartimento Pari Opportunità, Roma.

10 Cfr. www.maschileplurale.it

11 Art. 612bis del Codice Penale.

il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile¹², sulla Tratta degli esseri umani¹³ e nel 2010 viene presentato il Piano nazionale contro la violenza di genere e stalking, a valenza triennale, che affronta per la prima volta il tema della violenza di genere in modo organico, dimenticando però di indicare le azioni rivolte agli attori della violenza (solitamente uomini). Viene istituita, anche in Italia, come in altri Paesi, la Settimana contro la violenza sulle donne (comprendente il 25 novembre Giornata Mondiale). Le attività interessano molteplici soggetti tra cui le scuole.

La realtà italiana dall'inizio del nuovo millennio, inoltre vede l'esistenza di una preziosa Rete Nazionale antiviolenza con ambiti territoriali i cui soggetti pubblici e privati¹⁴ sono

12 Legge n. 7 2006 'Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile'.

13 Convenzione ONU sulla tratta degli esseri umani (Legge n. 46 del 2006), e Convenzione sulla lotta contro la tratta di esseri umani del Consiglio d'Europa del 2005, ratificata nel 2010. Il tema della violenza verso le donne nella legislazione nazionale italiana viene trattato sotto l'aspetto penale nell'Art. 572 del Codice Penale: 'Norma contro il maltrattamento in famiglia o verso i fanciulli'; dalla Legge 66 del 1996 'Norme contro la violenza sessuale', attraverso la quale la violenza sessuale è stata iscritta finalmente tra i reati contro la persona; dalla Legge 269 del 1998 'Norme contro lo sfruttamento della prostituzione e pornografia'; dalla L. n. 38 del 2006 'Lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e pedopornografia anche a mezzo internet'; e sotto l'aspetto civile dalla Legge 154 del 2001 'Misure contro la violenza nelle relazioni familiari'. (LeNove, op. cit.)

14 La latitanza delle istituzioni, nonostante l'allarme lanciato dalle organizzazioni internazionali, ha favorito la nascita, già dagli anni Ottanta, di centri antiviolenza e case rifugio gestite da volontarie, a partire dall'esperienza dei movimenti femministi, cui va riconosciuto di avere costruito una cultura di accoglienza e difesa delle vittime di prezioso valore sociale. In Italia i primi Centri sono stati quelli di Bologna e di Milano, mentre ad un censimento del 2009 i centri e le case rifugio in

vincolati a protocolli operativi per l'accoglienza delle vittime. Dal 2010 la Rete si avvale anche della collaborazione con le Forze dell'Ordine.

Nel consuntivo pubblicato dal Ministero delle Pari Opportunità, inerente l'attività del numero di telefono di pubblica utilità 1522, denominato 'antiviolenza', viene esposto il fatto che nei primi sei anni di attivazione ci sono stati 80.000 contatti; 26.000 contatti tra i mesi di dicembre 2012 e maggio 2013, in massima parte da donne. Il 20,2% di chi ha contattato ha chiesto aiuto in quanto vittima di violenza, il 4,1% vittima di stalking, il 6,5% segnalava un caso di violenza di altri, mentre c'è stato un 6,1% di contatti da parte di molestatori/persecutori. Sono attualmente attivi protocolli di collaborazione per il contrasto alla violenza di genere con i Ministeri: dell'Istruzione, con cui è attivo un protocollo specifico contro la violenza e discriminazioni (scuole, Università); Giustizia (Magistrati); Interno (Forze dell'Ordine); Difesa (Arma Carabinieri); Lavoro e Politiche Sociali; Salute (per le parti assistenziali con strutture ospedaliere e pronto soccorsi) ¹⁵. Stanno sorgendo alcuni servizi dedicati agli uomini violenti che ormai maturano esperienza sul campo, come ad esempio il percorso del centro pubblico "Liberiamoci Dalla Violenza" di Modena (che risulta essere

Italia risultavano diffusi su 16 Regioni su 21, più numerosi nel nord e nel centro del Paese, con un modello di intervento in rete con le altre agenzie territoriali www.pariopportunita.gov.it

- 15 Fonti: www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/117-numero-verde-1522-antiviolenza-donna; Centri e servizi antiviolenza in Italia indagine ministeriale; www.antiviolenza-donna.it/index.php?page=precentri; Presidenza del Consiglio dei Ministri- Il Ministro del Lavoro con delega alle Pari Opportunità- Direttiva per la gestione del Dipartimento Pari Opportunità – 2012; www.pariopportunita.gov.it 1522_datimaggio_2013.

il primo centro pubblico), nato nel 2012 e frutto della collaborazione tra l'Azienda Unità Sanitaria Locale e la Regione Emilia-Romagna¹⁶ e l'importante impegno dell'Associazione Maschile plurale protagonista dell'avvio di sportelli di ascolto per uomini violenti¹⁷.

Il libro "Il lato oscuro degli uomini. La violenza maschile contro le donne: modelli culturali di intervento" che si presenta come una collettanea di autori e autrici tra i più attivi nel panorama italiano (Bozzoli et alii, 2013)¹⁸ rappresenta il primo censimento italiano, in ambito privato e pubblico, delle esperienze di servizi di aiuto agli uomini violenti (Centri d'ascolto e carceri); di specifici progetti rivolti agli uomini autori di violenza, per sostenere percorsi di responsabilizzazione rispetto alle sofferenze causate dal proprio comportamento sulle donne. Censimento arricchito anche da un quadro di programmi sviluppati a livello internazionale. Gli Autori e Autrici denunciano la disattenzione che c'è stata in Italia verso gli autori della violenza, che ha portato come unica preoccupante risposta a misure repressive legate a provvedimenti normativi. Reazione che se da un lato isola i comportamenti violenti maschili, caratterizzandoli come casi psico-patologici (cosa che sappiamo non essere rispondente alla realtà), dall'altro non si fa carico di trattare i modelli socio-culturali che sottendono il fenomeno, lasciandoli quindi inalterati.

16 Cfr. <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/news/disimparare-la-violenza-i-primi-cinque-mesi-del-centro-ldv-di-modena>.

17 Cfr. www.maschileplurale.it

18 Bozzoli, Merelli, Ruggerini (a cura di) (2013) *Il lato oscuro degli uomini. La violenza maschile contro le donne: modelli culturali di intervento*, Edizioni Ediesse, Roma.

Nel 2014 viene ratificata la Convenzione del Consiglio Europeo per la prevenzione e la lotta contro la violenza sulle donne e la violenza domestica, meglio nota come Convenzione di Istanbul¹⁹. Essa rappresenta un importante vincolo per creare un quadro giuridico integrato e misure per la prevenzione e protezione delle donne contro qualsiasi forma di violenza. Con essa la violenza di genere viene riconosciuta come fenomeno sociale a livello internazionale; la pena dei violentatori aumenta di un terzo rispetto alle norme attualmente in vigore, in particolare se il maltrattamento avviene verso minorenne, donne gravide, davanti a minori, e se viene perpetrato da marito, anche separato, o da convivente. L'applicazione della Convenzione regola l'informazione alla vittima sull'iter del procedimento giudiziario; stabilisce inoltre che la vittima deve essere informata immediatamente in caso di scarcerazione dell'autore di violenza; prevede la possibilità di arresto in flagranza di reato, sia di stalking che di maltrattamento. Commenti alla Convenzione, per esempio dell'autorevole Amnesty International Italia²⁰ valutano il provvedimento non ancora sufficiente e lacunoso nell'attenzione alla prevenzione della violenza.

In occasione delle celebrazioni dell'8 marzo 2014, Giornata Internazionale della donna, la "Casa delle Donne per non subire violenza" di Bologna, associazione storicamente impegnata a livello politico e pratico a favore delle donne, ha pubblicato l'8^a Indagine sui femicidi in Italia realizzata sui dati della stampa nazionale e locale. Anno 2013, da cui si desume che il 2014 segna un incremento del dato rispetto agli anni precedenti (116 è la media annuale 2005-2013)

19 Legge n. 119 del 15 ottobre 2013, in vigore dal 1 Agosto 2014.

20 Cfr. <http://www.amnesty.it/decreto-legge-contro-violenza-sulle-donne-riconosce-gravita-situazione-in-Italia>.

con 134 donne uccise, 83 casi di tentato femicidio e viene ricordato anche il dato delle donne prostitute (donne che esercitano, volontariamente o in maniera coatta, l'attività di prostituzione) uccise (13 nel 2013) ²¹.

Buoni esempi di contrasto alla violenza di genere vengono da Paesi quali la Spagna dove, già dal 2006 sono state introdotte norme che impediscono all'autore di violenza di accedere alle informazioni contenute presso il registro centrale per la protezione delle vittime della violenza domestica (istituito da tempo), di ottenere un qualunque beneficio diretto o indiretto dalla sua azione e di escluderlo dalla possibilità di usufruire di assistenza e servizi pubblici. (LeNove, op. cit.:56) È lo stesso Paese in cui, tra le altre importanti misure a contrasto, nel 2009 sono stati introdotti i braccialetti elettronici GPS, destinati alle donne con maggior rischio di essere aggredite dagli ex-mariti, o dagli ex-compagni, allontanati per ordine giudiziario. Ed è stato introdotto nell'ambito della legge Ley Organica. Il provvedimento spagnolo, spesso citato come esempio *virtuoso* e ispiratore per certi versi della Convenzione di Istanbul, prevede che il giudice possa autorizzare l'utilizzo degli strumenti e della tecnologia adeguata per verificare nell'immediato il rispetto dell'ordinanza restrittiva. In Italia esiste una dotazione inutilizzata di braccialetti elettronici GPS, questione lunga, travagliata e probabile storia di inutile sperpero. Il provvedimento del 2014 di

21 Fonti: www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/117-numero-verde-1522-antiviolenza-donna; Centri e servizi antiviolenza in Italia indagine ministeriale; www.antiviolenza-donna.it/index.php?page=precentri; Presidenza del Consiglio dei Ministri- Il Ministro del Lavoro con delega alle Pari Opportunità- Direttiva per la gestione del Dipartimento Pari Opportunità – 2012; www.pariopportunita.gov.it 1522_datimaggio_2013.

dotare di braccialetto elettronico un violentatore che uscito dal carcere aveva riavviato un pesante stalking nei confronti della sua compagna/vittima, fa ben sperare²².

Ma sulla situazione italiana gravano ancora altre fondamentali ombre. Per esempio, a metà 2014 non era stato ancora rinnovato il Piano contro la violenza di genere e lo stalking adottato nel 2010 e scaduto a novembre 2013 (nonostante sia previsto nella stessa Convenzione di Istanbul); nello stesso periodo il Governo italiano ha inviato il proprio rapporto 2009-2014 all'ONU²³ e, poiché veniva descritto un quadro decisamente edulcorato della realtà quotidiana delle donne in Italia, per protesta a questa minimizzazione dei problemi, diversi soggetti (organizzazioni per la promozione dei diritti umani, associazioni femminili e femministe, Organizzazioni Non Governative, coordinamenti sindacali e persone esperte di genere) hanno redatto un Rapporto alternativo e indipendente, dal titolo "Rapporto sull'attuazione della Piattaforma d'Azione di Pechino. Rilevazione quinquennale: 2009-2014 – Cosa veramente è stato fatto in Italia", che entra nel merito di scelte politiche e processi messi in atto dalle Autorità

22 Fonti: www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/117-numero-verde-1522-antiviolenza-donna; Centri e servizi antiviolenza in Italia indagine ministeriale; www.antiviolenza-donna.it/index.php?page=precentri; Presidenza del Consiglio dei Ministri- Il Ministro del Lavoro con delega alle Pari Opportunità- Direttiva per la gestione del Dipartimento Pari Opportunità – 2012; www.pariopportunita.gov.it/1522_datimaggio_2013.

23 Fonti: www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/117-numero-verde-1522-antiviolenza-donna; Centri e servizi antiviolenza in Italia indagine ministeriale; www.antiviolenza-donna.it/index.php?page=precentri; Presidenza del Consiglio dei Ministri- Il Ministro del Lavoro con delega alle Pari Opportunità- Direttiva per la gestione del Dipartimento Pari Opportunità – 2012; www.pariopportunita.gov.it/1522_datimaggio_2013.

italiane e critica sostanzialmente le inefficienze e la non presa in carico con provvedimenti concreti del tema/problema violenza, al di là dei proclami. A ciò si aggiunge il fatto che il cosiddetto decreto 'svuotacarceri'²⁴ (entrato in vigore nel giugno 2014) oltre a interrompere i finanziamenti alle Case d'Accoglienza per le vittime di violenza, con ripercussioni inimmaginabili e pericolose, eviterà sorprendentemente l'arresto, e la detenzione in carcere o a domicilio, agli autori di maltrattamenti familiari e di stalking.

Tutti eventi che rappresentano nuove discordanti tappe della faticosa strada per il riconoscimento della violenza di genere sulle donne come fenomeno sociale.

La 'dimenticanza' e gli stereotipi negativi sulle donne, si riverberano anche sulla considerazione sociale delle difficoltà che le donne stesse vivono, in particolare nelle situazioni di violenza. I confusi, rari e contraddittori segni istituzionali di interessamento, le incertezze, i rimandi, i continui cambiamenti di rotta di testi di legge e provvedimenti, non possono che accrescere le difficoltà delle vittime, nel sentirsi protette, nel godere di protezione effettiva, nel coraggio della denuncia.

In questo difficile cammino incontrare Medici (di Medicina Generale o specialisti) in grado di leggere i segni della violenza e supportare adeguatamente le vittime, può rivelarsi vitale.

24 Fonti: www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/117-numero-verde-1522-antiviolenza-donna; Centri e servizi antiviolenza in Italia indagine ministeriale; www.antiviolenza-donna.it/index.php?page=precentri; Presidenza del Consiglio dei Ministri- Il Ministro del Lavoro con delega alle Pari Opportunità- Direttiva per la gestione del Dipartimento Pari Opportunità – 2012; www.pariopportunita.gov.it 1522_datimaggio_2013.

2.3 La sorveglianza epidemiologica dei traumatismi intenzionali: il Sistema SINIACA

Eloïse Longo, Stefania Trinca, Marco Giustini, Alessio Pitidis

Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento Ambiente
e connessa Prevenzione Primaria

Parole chiave: donne, violenza; sistema informativo incidenti; sorveglianza ospedaliera; prevenzione incidenti

INTRODUZIONE

In base all'accezione dell'OMS, l'espressione *violenza contro le donne* esprime un concetto molto vasto che include la violenza da parte del proprio partner (in questi casi solitamente si tratta di violenza domestica), la violenza sessuale perpetrata da qualcuno che non sia il partner, così come le mutilazioni genitali femminili, i delitti d'onore e la tratta di donne. Molteplici sono, dunque, le forme, le manifestazioni e i meccanismi della violenza e tali fattori rinviano tutti a una violazione dei diritti umani e ad una forma di discriminazione contro le donne. La violenza secondo la Convenzione di Istanbul comprende, infatti, tutti gli atti di violenza fondati sul genere che determinano o possono provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata (Istanbul, 2011).

Si stima che nel mondo 1 donna su 3, nel corso della propria vita, sperimenti un episodio di violenza fisica o sessuale. La prevalenza dell'abuso è più bassa nei paesi ad alto reddito (23,2%) e nella Regione Europea dell'OMS essa ammonta a 25,4% (WHO, 2013). Sebbene i contorni del fenomeno siano difficilmente delineabili in termini di conseguenze sanitarie, i dati relativi, in particolare, alla violenza extra-partner rivelano che le donne che hanno sperimentato questa forma di violenza sono 2,3 volte più soggette ad avere disturbi connessi all'abuso di alcol e 2,6 volte più soggette a sperimentare forme di depressione o di ansia.

In questa sede si presentano i dati relativi alla violenza contro le donne rilevati dal sistema di sorveglianza ospedaliera degli incidenti istituito ex art. 4 Legge 493/99 presso l'Istituto Superiore di Sanità denominato SINIACA – *Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione*, collegato al programma europeo di sorveglianza degli incidenti denominato European Injury DataBase (EU-IDB). Il Sistema EU-IDB è tenuto dalla Commissione Europea Direzione Generale Salute e Protezione del Consumatore (CE-DG SANCO), in attuazione della Raccomandazione del Consiglio Europeo del 31 maggio 2007 sulla prevenzione degli infortuni e la promozione della sicurezza. Grazie a questa integrazione in Italia si è potuto costituire un sistema di sorveglianza degli incidenti in grado di produrre informazioni dettagliate confrontabili a livello europeo e internazionale e utili per la formulazione di adeguate strategie di prevenzione degli incidenti.

In particolare, la rilevazione dei casi di violenza presso i Pronto Soccorso (PS) riveste un ruolo determinante nel caso in cui le vittime siano bambini, donne o soggetti, per qualche motivo, fragili ed indifesi. Infatti, molto spesso la violenza che viene perpetrata nei confronti di questo tipo di vittime si sviluppa proprio dentro le mura domestiche o in

altre situazioni caratterizzate da un clima di tipo coercitivo e non si manifesta all'esterno, se non quando i danni subiti non risultano essere ormai più occultabili. È per questo motivo che per molte donne spesso l'unico momento in cui si presenta l'occasione di denunciare la violenza subita è quando si trovano di fronte ad operatori sanitari che riscontrano dei segni, e quindi dei traumi concreti sul loro corpo.

L'uso di sistemi di codifica efficaci che consentono agli operatori di raccogliere testimonianze di questo tipo ha come primo effetto quello di aiutare le vittime ad esternare i propri problemi e, quindi, a provare a chiedere aiuto. Va anche detto che l'attenta rilevazione dei casi di violenza e la loro verifica nel tempo permette di individuare soggetti a rischio che più volte accedono alle cure del PS.

Un'altra importante conseguenza è quella poter monitorare il fenomeno a livello locale e generale con lo scopo di attivare sistemi di prevenzione, di controllo, di assistenza alle vittime, nonché di recupero, rivolti agli autori della violenza. Un sistema di raccolta dati standardizzato e capillare consente di poter fare confronti tra realtà diverse e ciò facilita l'analisi del fenomeno e l'individuazione dei fattori di rischio.

MATERIALI E METODI

Con il progetto multicentrico SINIACA-IDB del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute si è inteso mantenere ed estendere il SINIACA integrandolo sia con i sistemi attivi a livello territoriale, secondo quanto previsto dalle linee di supporto delle azioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, sia con il sistema europeo IDB nell'ambito dell'Azione Congiunta Unione Europea - Stati Membri JAMIE (*Joint Action on Monitoring Injuries in Europe*) (EuroSafe, 2013). In tal modo si è potuta garantire la comparabilità dei dati italiani con quelli europei.

Il sistema SINIACA-IDB è strutturato su due livelli: *il Minimum Data Set (MDS)* e il *Full Data Set (FDS)*. Il primo livello, *MDS*, richiede una codifica sintetica degli accessi in Pronto Soccorso (PS) in base alle variabili che caratterizzano l'“evento accidentale” indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come necessarie e irrinunciabili ai fini di una rigorosa e corretta sorveglianza epidemiologica degli eventi accidentali nel loro complesso (Holder et al. 2001). Tale rilevazione è attiva in 113 ospedali di tre regioni (Piemonte, Toscana e Sardegna) che rappresentano il 16,3% della popolazione nazionale. La registrazione attraverso il *MDS* riguarda, almeno per il momento, i casi in cui l'accesso al PS è avvenuto con l'ausilio dei mezzi del 118 (ambulanze, elicotteri, ecc.) mentre, manca del tutto per gli altri tipi di accesso. Ai fini dello studio sul fenomeno della violenza sulle donne, sono stati considerati tutti i casi di donne visitate per subita violenza/ aggressione presso i PS delle regioni citate.

Dai dati del 2011 sono 6518 le donne registrate nei PS per violenza/aggressione, 4886 delle quali (75%) riguardano le pazienti in età adulta cioè quelle di età compresa tra 15 e 49 anni. Queste ultime rappresentano lo 0.93% di tutte le donne che hanno avuto accesso in PS per traumatismo e/o avvelenamento.

La raccolta delle informazioni sulla causa esterna dell'infortunio in forma analitica *Full Data Set (FDS)*, che segue le linee guida dell'OMS per la prevenzione degli infortuni nonché lo standard IDB, si è sviluppata in un campione di 28 centri di PS distribuiti in 8 regioni (Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Molise e Sardegna).

Il valore aggiunto del *Modulo FDS IDB sulla Violenza* risiede proprio nella caratterizzazione dell'evento violento e, in particolare, del suo contesto. Tale Modulo comprende,

infatti, oltre ad una descrizione aperta, che consente all'operatore di riassumere le fasi più salienti dell'accaduto, anche quattro quesiti specifici sull'Aggressione/violenza: 1) *Relazione vittima autore dell'aggressione*, 2) *Sesso dell'aggressore*, 3) *Età apparente dell'aggressore*, 4) *Contesto dell'aggressione* a cui si aggiunge il *Prodotto/sostanza usato nell'aggressione*. Tali informazioni sono utili per determinare la tipologia di violenza che caratterizza l'evento (ad es. se si tratta di violenza domestica o di violenza perpetrata a vario titolo da estranei), nonché per sviluppare efficaci strategie di prevenzione e monitoraggio.

I centri di PS che hanno aderito alla raccolta dati sulla violenza, attraverso il FDS sono: l'Ospedale di Forlì, l'Ospedale "Porzia Nefetti" di Santa Sofia, l'Ospedale di Forlimpopoli e l'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova²⁵. Si tratta di un totale di 439 casi di donne aggredite raccolti nel 2012, descritti in maniera analitica, che costituiranno l'asse portante della trattazione.

Il metodo di raccolta delle informazioni analitiche presentato in questa prima esperienza potrà essere esteso ad altri servizi di PS del territorio nazionale che ne facciano richiesta. Mentre le informazioni stesse potranno essere confrontate con gli altri gruppi europei che fanno riferimento al JAMIE.

RISULTATI

Minimum Data Set (MDS)

Gli ultimi dati afferiti al sistema di sorveglianza degli incidenti e della violenza SINIACA-IDB raccolti secondo il formato *MDS* e per i quali è stata effettuata una validazio-

25 Il gruppo di lavoro che ha contribuito alla raccolta dati sulla violenza è costituito da: P. Cremonesi, F. Zanella, V. Roccati (EO Ospedali Galliera, Genova); L. Veneri, R. Bacchi, V. Fabbri, P. Ghini (Azienda USL Romagna Folì).

ne in base a procedure di *quality control* sono quelli relativi al flusso informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (PS e Sistema 118), denominati EMUR e riferentesi all'anno 2011.

In particolare, per i casi di violenza sulle donne, sono stati analizzati i flussi EMUR di Piemonte, Toscana e Sardegna. Si tratta di un totale di 6518 casi, dei quali 4955 (76,0%) provengono dalla Toscana, 886 (13,6%) dalla Sardegna e 677 (10,4%) dal Piemonte. Si tratta rispettivamente del 2,3%, dell'1,8% e dello 0,3% di tutti gli accessi in PS per incidenti e violenza di queste regioni. Il basso numero di casi e, soprattutto la modesta percentuale dei casi di violenza sul totale degli accessi in PS osservata in Piemonte fa ipotizzare problemi di *under-reporting*.

Di tutti questi casi di violenza sulle donne, una percentuale abbastanza costante nelle tre regioni, compresa tra il 71% e il 76%, riguarda casi di violenza su donne adulte (15-49 anni). In totale, per questa fascia di età, sono afferiti al SINIACA-IDB 4886 casi, 3742 provenienti dalla Toscana, 629 dalla Sardegna e 515 dal Piemonte. In totale, 924 (18,9%) sono casi relativi a cittadine straniere.

Rapportando questi casi alla popolazione femminile di età compresa tra 15 e 49 anni si ottengono i seguenti tassi per 100.000 ab./anno: Toscana 455, Sardegna 159, Piemonte 53. L'incidenza media ponderata è, quindi, pari a 223 casi per 100.000 ab./anno, il che porta a stimare in circa 31.150/anno i casi di accessi in PS per violenza su donne in età adulta. Il tasso d'incidenza relativo alle donne straniere risulta più elevato rispetto quello delle donne italiane di pari età (327 vs 223 per 100.000 ab./anno) il che implica che le donne straniere siano a maggior rischio di subire una violenza (Tabella 1). Il rapporto tra i due tassi di incidenza (Rischio Relativo) è pari a $RR=1,47$ (IC 99%: 1,17 – 1,84), il che significa che le donne adulte straniere hanno quasi il

50% di probabilità in più di andare incontro ad un episodio di violenza.

TABELLA 1 – DISTRIBUZIONE REGIONALE CASI DI VIOLENZA SULLE DONNE CLASSE ETÀ 15-49 ANNI – ANNO 2011

Regioni	Casi (15-49 anni)	Tassi x 100.00 ab./anno
Piemonte	515	53
Toscana	3742	455
Sardegna	629	159
TOTALE	4886	223
Straniere	924	327

Tuttavia, si ha ragione di ritenere che il dato del Piemonte sottostimi la portata del fenomeno, per cui, escludendo il dato di questa regione, l'incidenza media sale a 359 casi per 100.000 ab./anno e conseguentemente la proiezione nazionale aumenta a circa 50.000 casi/anno, dato verosimilmente più vicino alla realtà. In uno studio del 2008 basato sui flussi EMUR della Regione Lazio finalizzato a quantificare e caratterizzare il fenomeno della violenza sulle donne in questa regione, infatti, veniva stimata un'incidenza di 520 casi ogni 100.000 ab./anno relativamente alle donne adulte (15-49 anni), con una proiezione nazionale di oltre 72.700 accessi in PS per violenza (Farchi et al. 2008), delle quali 13.600 straniere (pari al 18,7%). Questi valori sono simili a quelli che per la medesima classe di età si ottengono analizzando i dati della sola regione Toscana dai quali si stima una incidenza di 455 casi per 100.000 ab./anno e, conseguentemente, una proiezione nazionale di circa 63.500 accessi in PS per violenza a donne di età compresa tra 15 e 49 anni.

Full Data Set (FDS)

Per quanto riguarda i dati raccolti attraverso il *Full Data Set*, i casi totali di accesso ai PS registrati nel 2012 sono stati 26.339 di cui 13.096 sono uomini (49.7%) e 13243 sono donne (50.3%). I casi di Violenza/Aggressione registrati per entrambi i generi sono 1069, pari al 4.1% del totale degli accessi, di cui 630 (58,9%) per gli uomini e 439 (41,1%) per le donne. In particolare, ai fini dello studio, sono stati analizzati 353 casi provenienti dall'Ospedale Galliera di Genova (80,4%), 78 casi provenienti dall'ospedale di Forlì (17,8%), 8 casi registrati nei presidi ospedalieri di Forlimpopoli e Santa Sofia (1,9%).

Le donne che hanno fatto ricorso alle cure dei PS per Violenza/Aggressione sono, quindi, 439 pari al 3,3 % di tutte quelle visitate presso i centri di PS per Traumatismo e Avvelenamento.

Si tratta di 404 donne italiane, una di nazionalità straniera. In 34 casi, invece, la nazionalità non è nota. L'età del gruppo di pazienti è compresa tra 0 e 92 anni (media di 38.8 e Std.dev. 15.9). Le classi d'età più frequentemente rappresentate sono quelle comprese tra 15-19 anni e i 55-59 anni. Aggregando l'età delle pazienti in classi specifiche (0-14 infanzia, 15-24 adolescenza, 25-64 adulta, 65 e oltre anziana) emerge come le donne della classe d'età adulta siano largamente prevalenti 323 casi, pari al 76% del totale.

Per quel che riguarda, poi, le condizioni fisiche delle pazienti, risulta come, tra coloro che hanno fatto ricorso alle cure dei PS per violenza/aggressione, 289 (65,8%) abbiano riportato contusioni e lividi, 45 (10,3%) ferite aperte, 28 (6,38%) fratture, 20 (4,6%) lussazioni e slogature, 2 casi di avvelenamento, 11 casi per atro trauma specificato e 44 casi (10,0%) per trauma non specificato.

Se si rapporta il danno per gruppo di età emerge come tra le adolescenti (75 casi di violenza) la contusione rappresenta il

68% dei casi, mentre il 10.7% riguarda un trauma non specificato; seguono, poi, in misura inferiore, le fratture (6,7%), la ferita aperta (5,3%), la lussazione/slogatura (2,7%) e altro specificato trauma (6,7%). Nelle donne in età adulta, invece, sono presenti tutti i tipi di trauma, i più frequenti dei quali sono rappresentati da contusioni, seguiti da frattura e ferita aperta. Infine, anche tra le più anziane (7,5%), la contusione rappresenta il danno prevalente (72,7%). Nel caso dell'età infantile si contano complessivamente 8 casi che riguardano contusione, ferita aperta e altro specificato trauma (Tabella 2).

TABELLA 2 – DISTRIBUZIONE DELLE TIPOLOGIE DI DANNO PER GRUPPI DI ETÀ SPECIFICI (TOT. 439 CASI) – ANNO 2012

Tipo di danno	0-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	>=65 anni	Totale	%
contusione livido	3	51	211	24	289	65.8
ferita aperta	2	4	35	4	45	10.2
frattura	0	5	20	3	28	6.4
lussazione slogatura	0	2	17	1	20	4.6
avvelenamento	0	0	2	0	2	0.5
altro spec. Trauma	2	5	4	0	11	2.5
non spec. Trauma	1	8	34	1	44	10.0
TOTALE	8	75	323	33	439	100.00

Per quel che concerne il trattamento e follow-up effettuato sulle pazienti, seppur nella maggioranza dei casi (46%) questo non sia stato specificato, segno forse di una mancata registrazione informatica della prescrizione medica, il 30.1% delle pazienti sono state, invece, visitate, sottoposte a cura e inviate a domicilio. Al 3.2% sono state prescritte ulteriori

cure presso il medico di base; il ricovero ospedaliero è stato necessario nell'1,6% delle donne, mentre lo 0.5% delle pazienti (2 persone) sono decedute durante il ricovero e per lo 0.2 % è stato registrato altro trattamento.

Analizzando le quattro specifiche variabili che caratterizzano l'evento violento del *Modulo FDS IDB sulla Violenza*, emerge come gli *autori della violenza* siano in prevalenza maschi (69.5%) contro il 15.0% di donne e un 15.5% di casi in cui il *sexo dell'aggressore* non è stato specificato (Figura 1).

Le variabili che forniscono maggiori dettagli sui casi di violenza perpetrata sono la *Relazione tra vittima e autore della violenza* e il *Contesto dell'aggressione*.

Relativamente alla *Relazione tra vittima e autore della violenza*, la maggioranza dei casi riguarda l'ambito ristretto della cerchia familiare. Nel 34.0% dei casi si tratta, infatti, dello **sposo o del partner** della vittima, nel 2.3% del **genitore**, mentre nel 3.9% di **altro parente/familiare**. Tra le pazienti il 19.1% ha dichiarato di aver subito violenza da **persona conosciuta o amica**, nel 5.5% dei casi esisteva **un'altra specificata relazione** (compagni di scuola, colleghi di lavoro, vicini di casa, ecc.). Nel 23.9% dei casi si è trattato di **persona sconosciuta** mentre, per il 9,8% di soggetti con i quali **non è stata specificata** alcun tipo di **relazione**. Infine, lo 0.5% ha dichiarato di aver subito aggressione da parte di **autorità ufficiale/legale** (forze dell'ordine, insegnanti, ecc.).

Il quesito successivo, *Contesto dell'aggressione*, descrive le circostanze che hanno condotto all'evento violento. La Figura 2 evidenzia come nel gruppo di pazienti studiato il contesto più frequentemente rappresentato è l'**alterco** con 281 casi (64,0%).

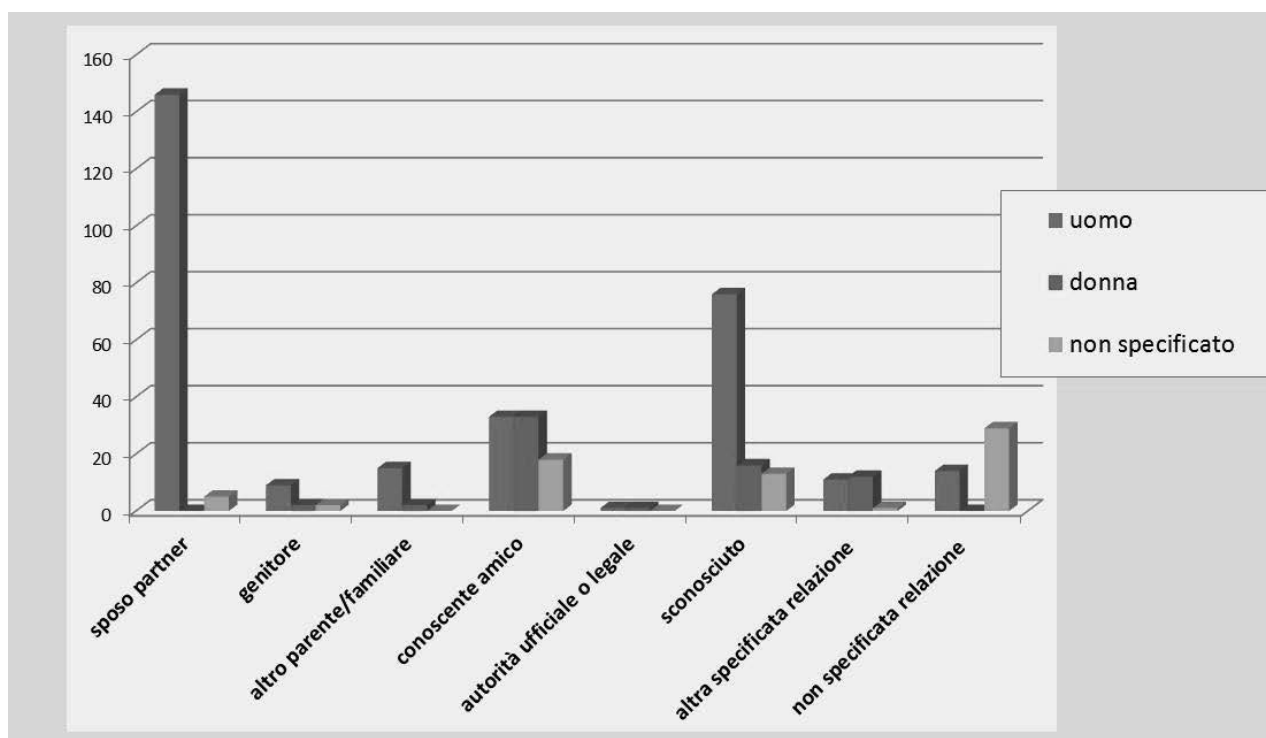


FIGURA 1 - RELAZIONE VITTIMA ESECUTORE E SESSO ESECUTORE – TOT. 439 PAZIENTI (ANNO 2012)

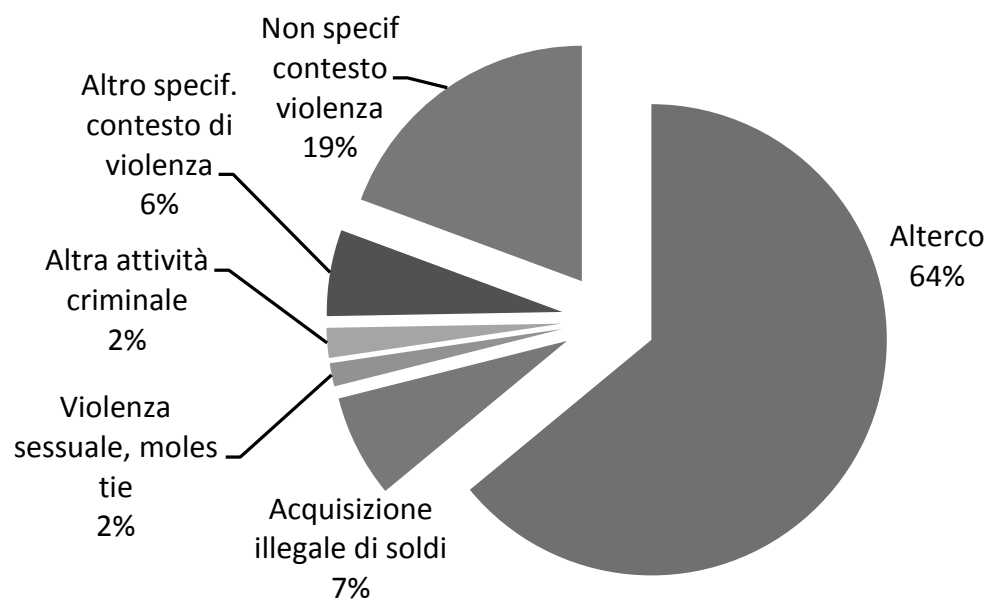


FIGURA 2 – CONTESTO DELL'AGGRESSIONE - TOT. 439 PAZIENTI (ANNO 2012)

Associando il *Contesto dell'aggressione* con *Relazione vittima-autore* (Tab. 3), l'**alterco** compare in tutte le categorie di *Relazione vittima-autore*. Nel 7.1% dei casi la violenza è attribuibile ad **acquisizione illegale di soldi e proprietà** (scippi, rapine, furti, ecc.) che coinvolge prevalentemen-

CONTESTO DELL'AGGRESSIONE

RELAZIONE VITTIMA ESECUTORE	ALTERCO	ACQUISIZ. ILLEGALE SOLDI	VIOLENZA SESSUALE	ALTRA ATTIVITÀ CRIMINALE	ALTRO SPEC. TIPO VIOLENZA	NON SPEC. CONTESTO VIOLENZA	TOTALE
Sposo partner	130	1	3	0	3	14	151
Genitore	12	0	0	0	1	0	13
Altro parente/ familiare	14	1	0	0	2	0	17
Conoscente amico	66	0	1	0	3	14	84
Autorità ufficiale o legale	1	0	0	0	0	1	2
Sconosciuto	33	25	3	7	14	23	105
Altra specificata relazione	12	2	0	1	2	7	24
Non specificata relazione	13	2	0	1	1	26	43
TOTALE	281	31	7	9	26	85	439

TABELLA 3 – RELAZIONE VITTIMA AUTORE DELLA VIOLENZA E CONTESTO DELL'AGGRESSIONE

te **soggetti sconosciuti**. La **violenza sessuale** descritta dall'1.6% delle pazienti è ascrivibile in 3 casi al **partner**, in 3 casi a **soggetto sconosciuto**, in 1 caso a un **conoscente / amico**. Per **altro specificato contesto di violenza** si intende, invece, ritorsione, vendetta, negligenza, tortura, ecc., e riguarda il 6.0% dei casi. Ciò si riscontra in tutte le categorie, ma è prevalentemente ascrivibile a **soggetto sconosciuto** e non riguarda **autorità ufficiale/legale**. Il 2.0% dei casi riguarda **altra attività criminale** (ricatto, rapimento, ecc.), perpetrata soprattutto da **soggetto sconosciuto**. I casi in cui il *Contesto della violenza* non è specificato sono il 19.0% e coinvolgono: in 14 casi il **partner**, in 14 casi **conoscente/amico**, in 23 casi **persona sconosciuta** e in 26 casi **non specificata relazione**. Infine, va sottolineato che, nel caso del gruppo di pazienti studiate, non compaiono contesti quali *Violenza droga correlata* e *Violenza legata a bande o gang*.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il Pronto Soccorso ospedaliero si presenta come il *setting* ideale a cui si rivolge la vittima di violenza per quantificare la tipologia di trauma. L'intervento d'urgenza è il primo livello basilare fortemente raccomandato dall'OMS (WHO, 2013) per garantire un'assistenza di qualità e servizi di diagnosi e trattamento idonei.

Il Sistema SINIACA-IDB ha permesso a un primo livello (Minimum Data Set) di quantificare il fenomeno nelle tre regioni considerate (Piemonte, Toscana e Sardegna) e di produrre stime d'incidenza valide a livello nazionale, e al secondo livello (Full Data Set) di caratterizzare in profondità l'evento violento e determinare così la tipologia prevalente di violenza attraverso i quattro quesiti specifici.

I dati sin qui esposti indicano chiaramente come la classe di età più soggetta a violenza sia quella delle donne adulte (15-

49 anni), dove si registrano circa i $\frac{3}{4}$ di casi di violenza. Nella maggior parte dei casi la violenza avviene all'interno della stretta cerchia familiare, spesso si tratta, infatti, del partner, e l'ambito prevalente è quello domestico.

L'importanza di un sistema di sorveglianza ospedaliero quale il SINIACA-IDB, in particolare nella sua versione FDS è quella di riuscire a caratterizzare l'evento in modo dettagliato sia per quanto riguarda la *tipologia di trauma* (contusione, ferita, frattura, ecc.), sia per quanto riguarda il *contesto dell'aggressione* e le *caratteristiche dell'aggressore*, fornendo così un quadro completo dell'evento, presupposto indispensabile per indirizzare in maniera più efficace azioni di prevenzione.

Vista la natura elusiva del fenomeno sarebbe auspicabile che il PS, oltre a rappresentare un luogo di cura, fosse anche uno spazio di ascolto ove la donna possa sentirsi protetta, in qualche modo rassicurata nel denunciare l'aggressore e coadiuvata nella ricerca di soluzioni concrete del problema. Questo presuppone che il personale sanitario all'interno del PS sia adeguatamente sensibilizzato e formato, anche in ragione della presenza di donne straniere provenienti da contesti culturali diversi, e sia in grado di attivare contatti con tutte le altre strutture ed istituzioni che cooperano per la risoluzione del problema.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Convenzione di Istanbul, 2011 consulta sito: <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention%20210%20Italian.pdf>.

World Health Organization (WHO), 2013. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence*, WHO, Geneva, Switzerland 2013.

EU-IDB Sito Injury Database: http://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/idb/index_en.htm

EuroSafe. 2013. *Injuries in the European Union*, Report on injury statistics 2008-2010, Amsterdam.

Holder Y., Peden M., Krug E. et al, 2001. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, Eds. World Health Organization, 2001.

Farchi S., Polo A., Asole S. et al., 2008, *Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region*, Italy, BMC Women's Health, 2013, 13:31.

CAPITOLO 3

La rete dei servizi

3.1 I SERVIZI DI EMERGENZA

Pronto soccorso di Grosseto

Claudio Pagliara

Vice-Responsabile Task-Force Codice Rosa ASL 9 Grosseto



VI ILLUSTRERÒ IL “CODICE ROSA” che ha per simbolo una rosa bianca.

Nella nostra provincia, come in tantissime province del nostro paese, è presente una rete antiviolenza costituita da vari attori, Enti, Associazioni, ma probabilmente non tutto funzionava correttamente: ognuno degli attori e degli anelli, dei nodi di quella rete faceva al meglio ciò che era in grado di fare ma vi erano delle difficoltà nelle modalità di raccordo; non c’era forse un dialogo o una linea comune che unisse questi attori; le risposte erano frammentate, si evidenziano delle criticità nei raccordi, l’emersione della vera dimensione del problema sicuramente poteva essere incrementata ed infine un altro elemento importante è sicuramente la mancanza di dati certi.

La situazione era questa: il Centro antiviolenza “Olimpia

De Gouges” seguiva circa 200 casi per anno, la Procura aveva circa una sessantina di fascicoli di violenza sessuale e noi che cosa avevamo invece in Pronto Soccorso? Poco o nulla. I dati sulla violenza della ASL provenivano dai Consultori e dai servizi sociali, ma erano dati parziali, erano dati su vittime che magari si recavano successivamente, quindi il lavoro da fare era ancora molto. Eravamo anche convinti che prima o poi una vittima da un Pronto Soccorso ci dovesse passare da sola o accompagnata dal proprio persecutore.



E quindi dal 2009 abbiamo prima di tutto pensato di fare una formazione congiunta, una formazione innovativa, che vedesse coinvolte le Forze dell'Ordine, i Centri antiviolenza, dai quali abbiamo imparato tantissimo soprattutto sul riconoscimento della violenza e sulle modalità di accoglienza

delle vittime, ed a altri attori della rete antiviolenza. Una modalità diversa, proprio per la crescita inizialmente nostra ma che coinvolgesse tutti gli altri attori, così da iniziare a lavorare in sinergia, a parlare lo stesso linguaggio.

Grazie ad una legge regionale, Legge regionale 16 novembre 2007, n. 59, viene istituito all'interno della ASL il centro di coordinamento aziendale vittime di violenza. Tale legge prevede tutta una serie di iniziative legate al tema della violenza con indicazioni ben precise su vari fronti. Dal 1° Gennaio 2010 inizia in forma sperimentale questa modalità di lavoro al Pronto Soccorso.

Cosa c'era nel versante giudiziario? La Procura della Repubblica ha, come tutte le Procure italiane un pool di magistrati che si occupano dei reati contro le fasce deboli, che sono tutta quella serie di reati che attraverso poi il gruppo specializzato della Polizia Giudiziaria persegue. Cosa di più logico se non unire questi due Enti e queste due Istituzioni, far sì che lo Stato finalmente in qualche modo si prendesse carico il più possibile del problema? Quindi si sono uniti questi due Enti, queste due Istituzioni a creare questa task force del "codice rosa".

Il 16 Aprile del 2010 il Procuratore capo ed il Direttore Generale dell'ASL siglano un protocollo d'intesa che sancisce il lavoro dei mesi precedenti e pianifica il lavoro successivo. La definizione di fasce deboli è una definizione condivisa che riprendiamo dalla Procura: sono tutte quelle situazioni e quelle vittime che hanno maggiori difficoltà a porre fine alle condotte violente. Chiunque di noi può trovarsi in un mo-



mento della propria vita a essere psicologicamente subordinato ad altri, magari legato a vittime di discriminazioni, ad omofobia per dipendenza economica etc.



“FASCE DEBOLI” definizione condivisa

sono le fasce della popolazione che, in particolare nell’ambito delle relazioni affettive e/o di fiducia, possono essere vittime di violenza altrui

trovandosi in situazioni psicologicamente subordinate (minori, anziani etc.) vittime di discriminazioni (razziali, religiose o omofobiche etc.) o sottoposte a rischio di pratiche di MGF (mutilazioni genitali femminili)

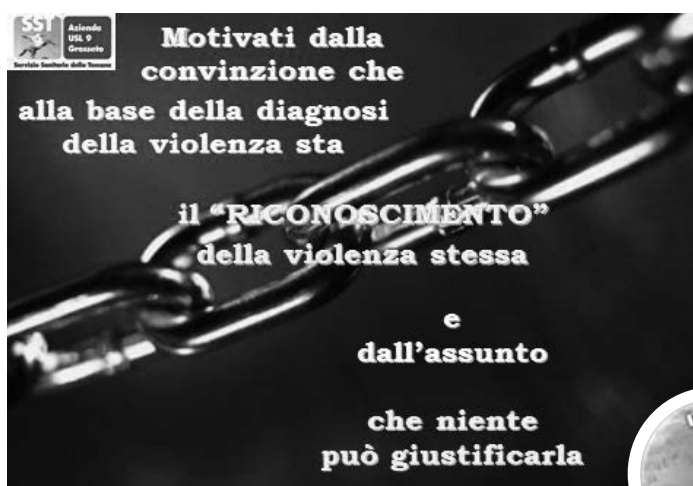
**queste vittime hanno così maggiori difficoltà
a porre fine alle condotte violente
o anche solo a denunciarle.**

Eravamo anche motivati dalla convinzione che alla base della diagnosi della violenza stia il riconoscimento della violenza stessa e che nulla possa giustificare la violenza, infatti abbiamo cominciato a pensare e a cercare la violenza, non soltanto sui minori, infatti l’abbiamo vista, anche sugli anziani, abbiamo visto l’omofobia, altro problema sicuramente enorme; tutte violenze contro i diversi, compresa la diversità nella scuola che porta al bullismo.

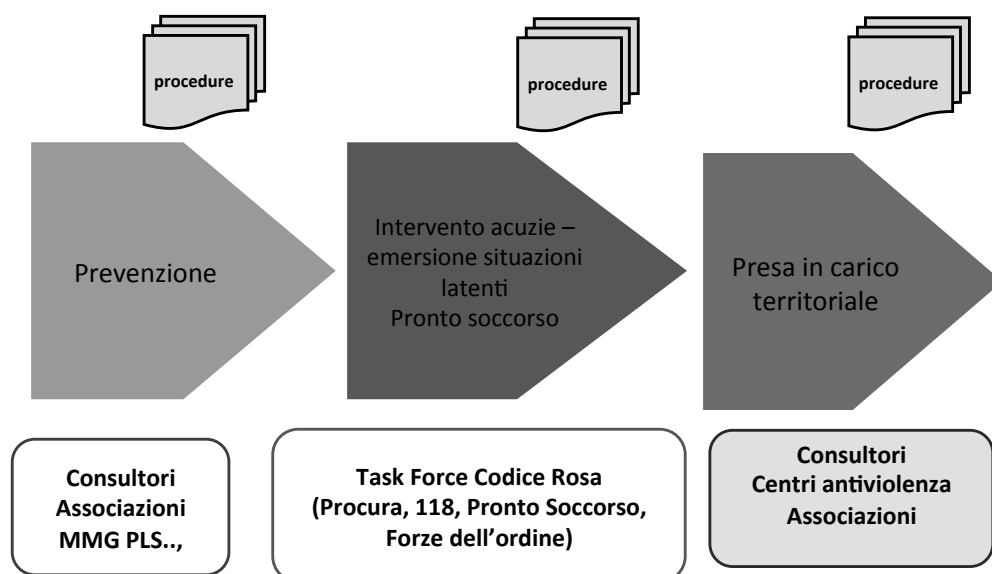
In quella rete quindi che era ancora un po’ confusa, abbiamo cercato di individuare gli attori in un percorso che fosse più omogeneo, che vedesse *una fase di prevenzione* con Consultori e le Associazioni in primis, ma anche i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, perché sicuramente la figura del medico di medicina generale è fondamentale perché entra nelle case, ha il contatto e la conoscenza della

famiglia, così come ovviamente i pediatri. Poi c'era la *fase di intervento in acuzie di emersione di situazioni latenti* che ritenevamo essere in Pronto Soccorso e successivamente c'era la *fase di presa in carico territoriale* che è estremamente importante, perché altrimenti questa catena si interrompe, la vittima

può essere messa in grado di fare la denuncia, o di decidere il tipo di azione da intraprendere, ma poi si può rischiare di lasciarla sola, senza una sistemazione dal punto di vista dell'alloggio, del lavoro, del sostegno economico infatti la *Presa in carico* vede coinvolti i Servizi Sociali, i Centri anti-violenza, i Consulenti e le Associazioni.



Il percorso:



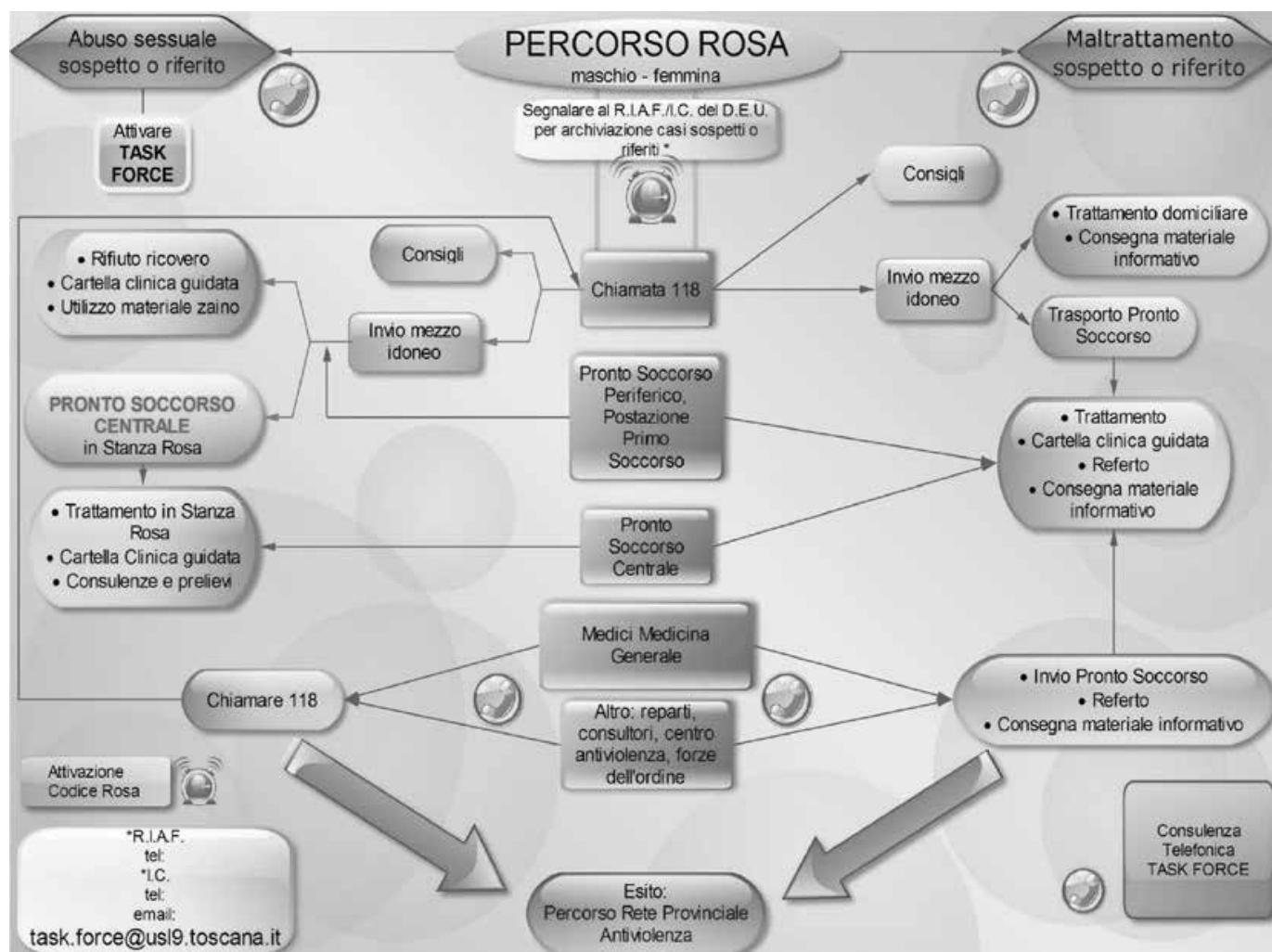
Quindi non ha importanza da dove inizia il percorso da noi, è fondamentale che ogni componente faccia la propria parte, per il meglio, ma che si sappia soprattutto interfacciarsi con gli altri.

Le nostre procedure sono nate dopo aver visto cosa realmente il territorio offriva, quali erano le possibilità di relazione, quali erano le dinamiche delle relazioni. Dovevano servire anche ad individuare e a dare dei riferimenti ben precisi ai componenti della rete, pensiamo alla solitudine dell'operatore di fronte a una situazione di violenza alla quale non sa dare una risposta, non sa chi contattare. Quindi avere dei riferimenti precisi è fondamentale, in quella modalità di dialogo e di collegamento in quell'inizio di una fase che deve seguire in qualche modo la vittima e dare un continuum al suo percorso di fuoriuscita dalla violenza.

L'esperienza della task force è cresciuta ed ha sviluppato quello che viene chiamato "l'effetto domino", non solo nel territorio di Grosseto, ma a livello regionale, nazionale e internazionale. Il 17 giugno del 2011 viene firmato il protocollo d'intesa tra Procura Generale della Repubblica di Firenze e Regione Toscana "Per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle fasce deboli della popolazione" che mira a rendere operative sul territorio nuove Task Force.

Nella parte centrale del percorso la modalità con cui la vittima eventualmente può essere intercettata, dal 118 al Pronto Soccorso centrale e periferici, i medici di medicina generale etc. È chiaro che per ogni step esiste una procedura che è stata creata ad hoc, perché gli operatori o chiunque di essi venga a contatto con la vittima, sappia riconoscerla, e qui

era fondamentale la formazione che vedesse coinvolti gli operatori sanitari, le forze dell'ordine, i medici di medicina generale, avesse dei riferimenti precisi e conoscesse perfettamente chi fa che cosa.

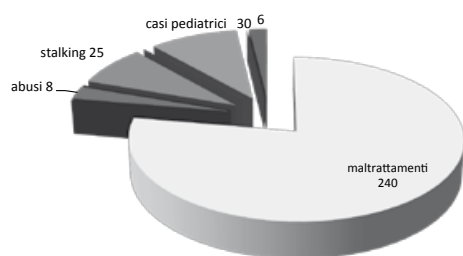


Una cosa che contraddistingue la catena della violenza sessuale è quella della presenza nel Pronto Soccorso centrale della stanza rosa. Prima dell'avvento della stanza rosa, veniva, la vittima di violenza sessuale spostata da un reparto ad un altro, veniva portata a fare la visita ginecologica, veniva portata a fare le radiografie attraverso corridoi, ascensori,

subiva un'altra violenza e a noi ci sembrava davvero troppo. Ora la vittima di violenza, rimane in una stanza dedicata al Pronto Soccorso, che è chiamata stanza rosa non è identificabile, né indicata per la massima tutela della vittima stessa, e sono gli specialisti che si muovono, che vengono a visitarla. Questo è stato un altro passaggio fondamentale così come la realizzazione di una cartella guidata per la violenza sessuale in collaborazione con la Procura e le Forze dell'Ordine, perché oltre agli elementi sanitari dovevano esserci all'interno tutte quelle notizie, che potevano essere utili alla Procura ed alla Polizia Giudiziaria per le indagini.

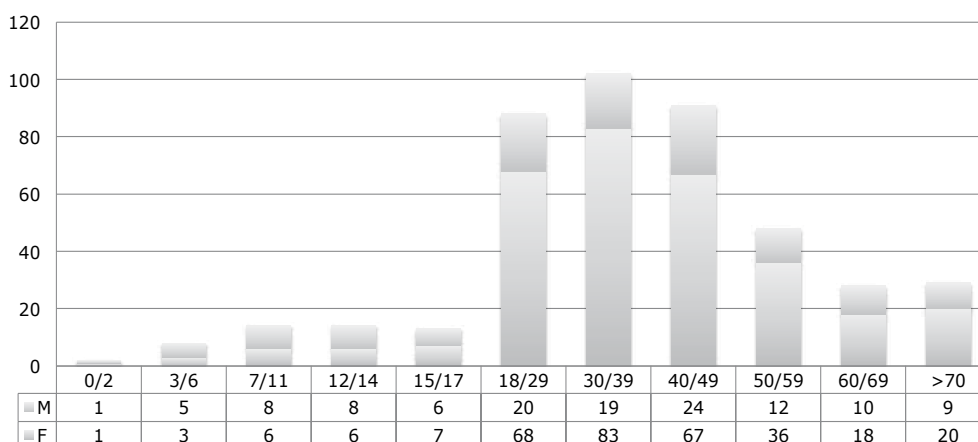
Ecco i dati che abbiamo raccolto dal 2010.

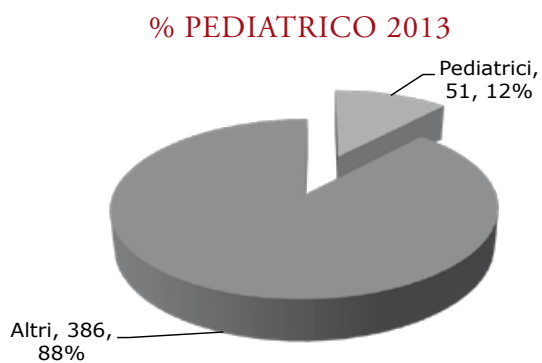
CODICI ROSA
 attenzionati dal centro di
 coordinamento vittime di violenza
 dal 01/01/2010 al 31/12/2010



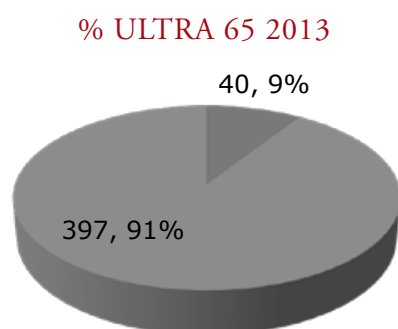
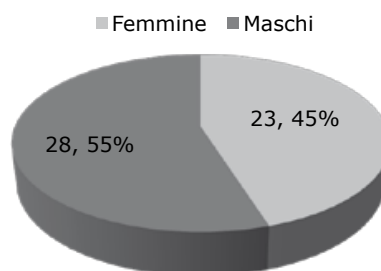
2010	
maltrattamenti	240
abusi	8
stalking	25
casi pediatrici	30
abusi	6
totale Codici Rosa	309

2011	
maltrattamenti	425
abusi	8
stalking	14
casi pediatrici	51
abusi	5
totale Codici Rosa	503

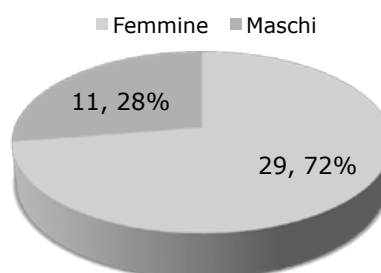




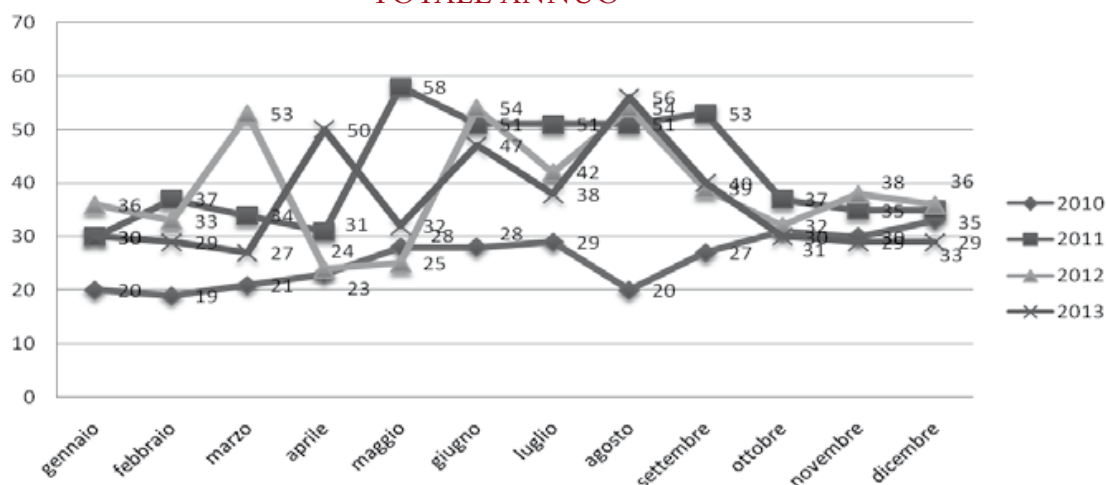
% SESSO PEDIATRICO 2013



% SESSO ULTRA 65 2013



TOTALE ANNUO



Per verificare se la nostra intuizione era giusta abbiamo incrociato direttamente i nostri dati con quelli presenti nel Centro antiviolenza, e abbiamo visto che solamente il 5% dei casi era passato anche dai Centri antiviolenza, ma ciò ha una giustificazione. La vittima che si reca al Centro anti-violenza, che va a fare la denuncia ha sicuramente già preso coscienza di essere una vittima di violenza, ha già preso coscienza del fatto che comunque vuole uscirne. Quelle che si

recano al Pronto Soccorso magari non hanno ancora questa volontà, non hanno nemmeno la forza di dirtelo, e qui entra in campo la nostra formazione e la nostra sensibilizzazione. Questo ci ha permesso chiaramente di saper ascoltare i silenzi di una vittima di violenza.

Ha creato per la vittima un luogo dove essere creduta ed un giorno poter denunciare la propria situazione.

Quindi il “codice rosa” è soprattutto *un ascolto attento* anche nei confronti di chi arriva al Pronto Soccorso, e ciò fa la differenza.

È un *lavoro di squadra*, che sicuramente motiva e sviluppa la possibilità di accogliere e riconoscere, è una modalità di lavoro che realmente mette *in rete*.

È uno strumento che sicuramente *semplifica e migliora le procedure* per gli operatori, tutela ovviamente la privacy delle persone e semplifica i percorsi.

Migliora la *presa in carico territoriale*.



IL CODICE ROSA È...

- “**ASCOLTO**” attento nei confronti di coloro che arrivano al pronto soccorso;
- **LAVORO DI “SQUADRA”** che motiva e sviluppa la possibilità di accogliere, riconoscere e curare;
- modalità di **LAVORO** che mette **IN RETE** quello che già esiste, raccorda e potenzia l’azione dei diversi soggetti istituzionali;
- strumento che **SEMPLIFICA** e **MIGLIORA LE PROCEDURE**, evita ripetizioni, **RENDE PIÙ EFFICACE LA RACCOLTA DELLE FONTI DI PROVA**;
- tutela la privacy delle persone e **SEMPLIFICA I PERCORSI** di cura in ospedale;
- migliora la presa in carico a **LIVELLO TERRITORIALE**.



LA FINALITÀ DEL “CODICE ROSA” È INDIVIDUARE LE AZIONI E I COMPITI DEGLI ATTORI DELLA RETE NEI VARI MOMENTI, DALLA PREVENZIONE, AGLI INTERVENTI DI EMERGENZA E ALLA PRESA IN CARICO, DI SOSTENERE TOTALMENTE UNA VITTIMA DI VIOLENZA, PERTANTO È UN PROGETTO CHE È STRAORDINARIO NELLA SUA SEMPLICITÀ.

I SERVIZI DI EMERGENZA

Emergenza territoriale 118 USL Pescara

IL PROGETTO PARES NELLA ASL DI PESCARA

Mirella Triozzi

Dirigente medico



LA MIA ATTIVITÀ DI MEDICO DELL'EMERGENZA TERRITORIALE – 118 si svolge a bordo delle ambulanze, quindi mi reco sui luoghi dove le cose avvengono di qualsiasi natura di qualsiasi gravità esse siano, e negli episodi di violenza, lo dico in premessa, la gravità non è sempre l'elemento che richiede l'intervento. Molte volte la richiesta è una richiesta di testimonianza,

un grido di aiuto a qualcuno che sia estraneo al contesto delle relazioni della persona interessata. Una mattina era stato richiesto un nostro intervento, da parte dei vicini molto preoccupati, presso una famiglia dove si era consumato un feroce alterco tra i coniugi. La famiglia era già nota a noi operatori. Premetto che lavoro in un piccolo ospedale periferico e quindi copro un territorio in cui ci si conosce un po' tutti; il fatto di conoscersi un po' tutti tra persone, tra

persone e operatori sanitari, tra persone e operatori sociali spesso è un elemento facilitante. In un clima di violenza verbale e fisica ancora non sopito, mi sono chiesta dove fossero i bambini, possibile che non fossero stati svegliati se si era svegliato l'intero quartiere?

I bambini erano sotto le coperte, i visi terrorizzati, hanno detto poche e drammatiche parole "meno male, anche questa volta papà non ha ucciso la mamma!". Quei volti e quelle voci erano la reale emergenza.

Questo succedeva molti anni fa, e ha consentito che io sviluppassi una mia personale sensibilità e attenzione al problema. Ma allora mi sono chiesta cosa avrei potuto fare? A chi avrei potuto riferire? Chi si sarebbe dovuto attivare? Sono domande che ancora oggi mi faccio ogni qualvolta la mia esperienza incontra situazioni di questo tipo.

Il sistema di emergenza territoriale rappresenta un osservatorio privilegiato per intercettare situazioni di violenza che spesso vengono taciute o mascherate.

Il Dipartimento per le Pari Opportunità ha finanziato sul territorio nazionale 27 progetti di formazione per la prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking, finalizzati alla costituzione di equipe specializzate all'interno degli Ospedali, e in particolare nei Pronto soccorso.

In Abruzzo l'unico progetto finanziato è risultato il progetto PARES, (Protezione Antiviolenza e Rilevazione in Emergenza Sanitaria - Strumenti formativi ed organizzativi per la prima assistenza sanitaria alle vittime di violenza sessuale, domestica e stalking) dall'Azienda USL di Pescara e dal Centro Studi sull'Infanzia e l'Adolescenza dell'Associazione Focolare Maria Regina onlus, specializzato nella formazione degli operatori antiviolenza.

Il progetto si è articolato su due grandi azioni:

- la formazione di 40 professionisti sanitari e non, operanti presso gli Ospedali abruzzesi per la prima assistenza sani-

- taria alle vittime di violenza, presso il 118, nelle associazioni di volontariato in emergenza e presso le Questure;
- l'attivazione di specifiche procedure di intervento per l'assistenza alle vittime di violenza e stalking all'interno del Pronto Soccorso con la stesura di linee guida adottate in via sperimentale dall'Azienda USL di Pescara ed estensibili alle altre ASL abruzzesi.

A febbraio 2014 la sperimentazione è finita, gli operatori sono stati formati. Si sottolinea che di 40 operatori formati, solo un medico e un infermiere lavorano nel sistema 118. Presso il Pronto soccorso del Presidio Ospedaliero di Pescara è stato istituito il “codice triage rosa”, un percorso di accoglienza e sicurezza (non visibile in sala d'attesa) in equipe della struttura pubblica dedicato alle donne e bambini vittime delle violenze domestiche, sessuali e stalking. Di seguito i dati 2012-2013 relativi ai casi di violenza registrati presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Pescara, che registra ca. 90.000 accessi l'anno. Si richiama l'attenzione sui casi arrivati in ambulanza, ovvero i casi che in prima istanza sono stati soccorsi dagli operatori del sistema 118.

561 casi (148 straniere)	523 casi (148 straniere: 27% Paesi EST, 24% Africa)
Fasce di età (anni):	Fasce di età (anni):
< 18 29	< 18 28
> 19 <25 75	> 19 <25 63
> 26 <40 207	> 26 <40 190
> 41 < 60 206	> 41 < 60 185
> 60 44	> 60 57
77 refertate 12 ricoverate (4 in prognosi riservata)	85 refertate 8 ricoverate (0 in prognosi riservata)
Cod. Rosso 5 (5 in ambulanza)	Cod. Rosso 1 (0 in ambulanza)
Codice Giallo 81 (32 in ambulanza)	Codice Giallo 62 (19 in ambulanza)
Codice Verde 373 (68 in ambulanza)	Codice Verde 453 (91 in ambulanza)
Codice Bianco 100 (8 in ambulanza)	Codice Bianco 7 (0 in ambulanza)

* n. casi violenza sui maschi: 814

* n. casi violenza sui maschi: 760

La domanda che mi sono posta è “se tutte queste persone sono arrivate in ambulanza io devo avere un corrispettivo nelle schede di intervento del mio servizio”. Ma non è così. Nel periodo 2011-2013, solo 7 casi su 223 sono stati refertati come casi di violenza:

LOREDANA	riferisce aggressione e violenza sessuale
DALIDA	violenza altrui
IONELA GEORGIANA	riferita violenza sessuale
CARLA	riferita violenza domestica
ALESSANDRA	riferita violenza altrui stato di agitazione
LETIZIA	ecchimosi escoriate collo da violenza altrui
BARBARA MARIA	aggressione con tentativo di violenza sessuale

I restanti casi sono genericamente refertati come trauma. Perché tanta discrepanza? Che cosa non va? Non va la modalità con cui registriamo, non va la modalità con cui acclariamo la causa.

Le Linee Guida del Progetto PARES, individuano procedure operative, responsabilità e azioni. Al punto dell'Accoglienza si legge “A fronte di un accesso di una donna che ha subito violenza/maltrattamento fisico, sia in caso di accesso diretto (la donna può giungervi da sola, accompagnata da altre persone) o da accesso attraverso 118 o dalle forze dell'ordine, l'infermiere addetto al triage effettua una prima valutazione e attribuisce il codice triage (codice specifico interno).

Al momento dell'arrivo al P.S. gli operatori del 118 e/o delle Forze dell'Ordine ... segnalano all'infermiere quanto emerso durante il trasporto e mantengono traccia del contesto in cui è stata prelevata la vittima nel certificato di P.S.”

È evidente il ruolo degli operatori del 118 nel registrare il contesto e ogni elemento utile che possa emergere nella re-

lazione assistenziale quando la violenza è dichiarata. Ma la declinazione di questo ruolo è debole. La scheda dell'intervento del 118, fatti salvi i dati anagrafici e residenziali, non consente nessuna annotazione specifica: tutto ciò che l'operatore vede e ascolta può essere trasmessa solo oralmente all'infermiere di triage del pronto soccorso.

Il 118 è inserito nel percorso come servizio che trasporta. Di fatto l'attività del 118 inizia molto prima, dalla richiesta di soccorso (chi la, fa, come e per quale motivo viene fatta, come viene rappresentato l'evento dal richiedente soccorso, etc.) all'intervento sul luogo dell'evento (il contesto in cui è maturata ed è stata consumata la violenza, la presenza di reperti, il clima relazionale, etc.). La maggior parte delle raccomandazioni agli operatori della struttura ospedaliera che intervengono nei vari step dell'assistenza alla vittima di violenza, dall'accoglienza alla certificazione, sono volte a rilevare dati che l'operatore del 118 può acquisire in via diretta sul luogo dell'evento.

A volte questo viene fatto, ma solo per una specifica sensibilità dell'operatore. È invece fondamentale che qualunque progettualità che persegua gli obiettivi del progetto PARES, aggiunga uno step: la fase di soccorso del 118 individuando responsabilità ed azioni degli operatori, una modulistica dedicata e una formazione che li coinvolga tutti. La rilevazione e prima assistenza sanitaria in favore delle donne vittime o presunte vittime di violenza deve iniziare sul territorio e continuare nella struttura ospedaliera, per tutti quei casi in cui è richiesto l'intervento di un mezzo di soccorso.

L'OPERATORE DEL 118, ADEGUATAMENTE FORMATO, È IL PRIMO SOGGETTO DELLA CATENA ASSISTENZIALE CHE VEDE I "SEGNI PARLANTI" CON "OCCHI CHE ASCOLTANO".

Pronto Soccorso di Reggio Emilia

Anna Maria Ferrari

Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza Reggio Emilia

COME PRONTO SOCCORSO DI REGGIO EMILIA partecipiamo da diversi anni a gruppi di lavoro tesi a migliorare i percorsi di accoglienza e cura della donna vittima di violenza fisica e sessuale. La nostra esperienza più importante è sicuramente quella della partecipazione al Tavolo Interistituzionale di contrasto alla violenza contro le donne istituito dal Comune di Reggio Emilia nel 2006, con la partecipazione di: Prefettura – Tribunale – Procura Della Repubblica – Questura – Comando Provinciale Carabinieri – Azienda Sanitaria Locale – Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova – Ufficio Scolastico Provinciale – Ordine Degli Avvocati – Associazione Nondasola – Forum Donne Giuriste.

La collaborazione tra le Istituzioni coinvolte ha portato alla stesura e condivisione di un Protocollo Operativo di Intesa, Provinciale, reso pubblico in data 6 giugno 2007, nel quale ogni Istituzione ha descritto il proprio ruolo e il proprio impegno nella gestione della donna vittima di violenza.

La nostra Struttura aveva già a disposizione una Procedura operativa specifica, stilata in collaborazione con tutti i professionisti che intervengono nel percorso clinico assistenziale della donna vittima di violenza sessuale, per cui abbiamo messo a disposizione l'esperienza maturata per meglio definire le linee d'intervento del nostro sistema. Tra l'altro, operando nell'ambito di un Dipartimento d'Emergenza Urgenza Provinciale, la nostra procedura prevedeva già la centralizzazione al Pronto Soccorso del nostro Ospedale di tutte le vittime di violenza sessuale del territorio provinciale. Il nostro ruolo nel Protocollo d'intesa è stato quindi delineato in questi termini:

PROCEDURE OPERATIVE PRONTO SOCCORSO

Il Pronto Soccorso in caso di presentazione di una donna che ha subito violenza, presta l'assistenza sanitaria del caso, secondo tale sequenza:

- Accoglienza della vittima di violenza da parte dell'infermiere di triage, prima valutazione clinica con assegnazione di codice colore di gravità rapportato all'entità delle lesioni riportate. Viene garantita la riservatezza dei dati anagrafici.
- Prima valutazione sanitaria della vittima da parte del medico, con assistenza immediata in caso di lesioni gravi che mettono in pericolo la vita. Raccolta di anamnesi specifica ed esame obiettivo.
- Attività diagnostica e terapeutica correlata alla gravità.
- Compilazione di referto utile alla denuncia all'Autorità giudiziaria.
- Ricovero in Unità Operativa adeguata o dimissione con indicazioni sul percorso successivo.
- Segnalazione al posto di Polizia interno all'Ospedale.
- Compatibilmente con gli orari di apertura, si attiva il Servizio Sociale Ospedaliero che segue il percorso della

donna all'interno dell'ospedale e attiva il Polo territoriale di riferimento.

- Vengono dati alla donna, se interessata, i numeri di telefono dell'Associazione Nondasola per attivare un percorso di accoglienza presso il centro antiviolenza Casa delle donne.

La presenza di una Procedura interna e di una reperibilità infermieristica dedicata (volontaria) da parte di Infermiere donna, esperte nelle sequenze da attivare per seguire la procedura, ci ha permesso di prestare un'assistenza qualificata in questi momenti drammatici per la vittima.

La partecipazione attiva alla rete istituzionale di supporto per le donne vittime di violenza ci ha inoltre permesso di essere più risolutivi a fronte di problemi non strettamente sanitari.

Abbiamo anche risposto ad una necessità di raccolta dati e dal 2010 li comunichiamo al Comune di Reggio Emilia anche per la Rete Nazionale Antiviolenza

Casi di violenza fisica e sessuale sulle donne negli anni:

ANNO 2010	439 violenze	<i>di cui</i>	4 violenze sessuali
ANNO 2011	292 violenze	<i>di cui</i>	8 violenze sessuali
ANNO 2012	342 violenze	<i>di cui</i>	7 violenze sessuali

Nella casistica di riferimento le vittime riferiscono *diverse modalità di aggressione*: calcio in addome, tentativo strangolamento, stratonata e tirata per i capelli testa contro un muro, pugni in cervico-dorsale, picchiata al volto, colpita con la catena della bici, pugni al volto, ferite abrase al volto e ai polsi, aggredita con coltello, battuta contro lo spigolo di

un tavolo, calci pugni corpo testa, strattonata mentre tenuta per il collo, forchettata, testate dal marito, sgambetto, riempito di ghiaia bocca e orecchie, buttata a terra, bottigliata al collo, lacerazione, ruzzolata giù per le scale, calci al capo, trascinata per casa tirandola per i capelli, morsicata, ferita da taglio con bicchiere sotto mandibola.

E riferiscono anche l'uso di *diversi oggetti per l'aggressione*: bastone, arma da taglio, oggetto incandescente, oggetti domestici, spranga di ferro, bottiglia di vetro, cellulare, tazzina, bastone metallico, ascia, sedia al volto, piatti e bicchieri, chitarra, ferro da stiro, bottiglia di plastica piena d'acqua...

A dimostrazione di quanta preparazione sia necessaria al corpo sanitario per prendersi cura di queste vittime.

3.2 Lo sguardo medico legale

Maria Stella D'Andrea

Medico-legale, Criminologa Clinica e Docente universitaria, Reggio Emilia

*«Sentinella, quanto resta della notte?
Sentinella, quanto resta della notte?».
Isaia 21, 11*

AFFRONTARE OGGI UNA RIFLESSIONE MEDICO LEGALE sulla violenza di genere significa, prima di tutto, capire che tipo di relazione terapeutica si deve instaurare tra vittima e medico e, in un secondo momento, valutare in che modo le competenze medico legali possano essere, per entrambi, di aiuto. Ciascuno di noi conosce bene (per averli studiati all'università o perché vissuti nella pratica quotidiana) il significato del referto e della denuncia, la differenza tra reati perseguibili a querela e quelli perseguibili d'ufficio, la classificazione delle lesioni personali e l'importanza della descrizione morfocromatica delle lesioni tegumentarie e la preziosità di una diagnosi differenziale che comprenda sempre l'ipotesi di una violenza. Però ancora oggi, nei nostri ambulatori, una donna vittima di violenza rischia di restare una figura silenziosa e invisibile ricurva sotto il pesante fardello della sua sofferenza inespressa. Nel caso di una sospetta violenza di genere, i segni e i sinto-

mi fisici, psicologici e comportamentali dovrebbero sempre essere valutati da operatori adeguatamente formati, capaci di esprimere competenze tecnico specialistiche nella materia specifica e dotati di buone capacità relazionali ed empatiche. Infatti, il medico coinvolto nell'assistenza di donne vittime di violenza deve saper gestire situazioni cliniche ed emotive complesse e devastanti (abilità comunicative), mantenendo alta l'attenzione nei confronti di tutte le procedure cliniche e forensi richieste per curare la vittima; deve saper documentare le lesioni o la loro assenza, raccogliere reperti biologici e produrre il materiale iconografico utile ai fini delle successive indagini giudiziarie (abilità tecniche). È fondamentale, inoltre, che ciascun medico sviluppi e perfezioni l'attitudine al lavoro interdisciplinare affinché ogni azione compiuta nei confronti della donna vittima di violenza sia collocata all'interno di una visione integrale della persona e di una progettualità complessa.

Ecco allora che riconoscere la violenza di genere, farsene carico, dando risposte mediche competenti e tutelanti, rendere il gesto medico un primo passo verso lo svelamento della violenza patita sarà una delle grandi sfide professionali che ciascuno di noi sarà chiamato ad affrontare; solo così potremo finalmente costruire percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi per le donne vittime di violenza.

In realtà di queste donne non sappiamo quasi nulla, non sappiamo chi sono, né da dove vengono, non conosciamo la loro storia né dove andranno ma sappiamo che ciascuna di loro ci è sorella, madre, amica, figlia, compagna di vita, sappiamo che le loro sofferenze sono le nostre sofferenze, le loro speranze sono le nostre speranze, sappiamo, e ne siamo certi, che il senso più profondo del nostro agire diventa valore autentico attraverso i loro volti e i loro sguardi.

Oggi più che mai siamo ben consapevoli dei nostri limiti,

sappiamo bene che assistere e curare una donna, vittima di violenza, non è né semplice né intuitivo ma presuppone una conoscenza autentica della violenza di genere, delle tipologie e delle modalità con cui si manifesta, delle fasi di cui si compone (“ciclo della violenza”) e del possibile rischio di recidiva (metodo applicativo tipo Spousal Assault Risk Assessment – SARA) soprattutto nell’ambito della violenza agita all’interno delle relazioni d’intimità.

Ma tutto ciò potrebbe ancora non bastare se in ciascuno di noi mancasse la capacità di inserire il sapere all’interno di una esperienza terapeutica e relazionale autenticamente umanizzante.

- Se per le Nazioni Unite (1995) “... la violenza contro le donne è un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi di uguaglianza, sviluppo e pace. La violenza contro le donne viola, indebolisce o vanifica il godimento da parte delle donne dei loro diritti umani e delle loro libertà fondamentali ...”.
- Se l’Assemblea Parlamentare del Consiglio d’Europa (Raccomandazione 1582/2002) dichiara che la violenza contro le donne “è un fenomeno endemico che riguarda tutti i paesi europei e si osserva in tutte le categorie o classi sociali ... secondo le statistiche la violenza in ambito domestico sarebbe per le donne di età tra i 16 e i 44 anni la principale causa di decesso e di invalidità... offrire al personale medico una formazione che permetta di individuare le vittime di violenza ... assicurare ad ogni vittima, senza discriminazione alcuna, assistenza immediata ed esauriente, frutto di sforzi coordinati, multidisciplinari e professionali...”.
- Se il Codice di Deontologia Medica (2014) all’art. 32 pone in capo a ciascun medico il dovere etico e deontologico di adoperarsi per la tutela dei soggetti fragili quando

siano vittime di maltrattamento, abuso o violenza.²⁶

- ... allora prendersi cura delle donne vittime di violenza diventerà, inevitabilmente, per ciascuno di noi, un imperativo etico, morale e deontologico. I medici, al di là del ruolo o della specialità, non potranno più “limitarsi a curare” ma dovranno essere capaci di individuare le vittime della violenza, rendendosi co-protagonisti dello svelamento per costruire, insieme a loro, percorsi di uscita dalla violenza stessa.

Alla luce di queste premesse diventa intuitivo e facile, per tutti noi, affermare che il “momento cruciale” si colloca nell’identificazione di quegli elementi, spesso sfumati, che possono far ipotizzare una violenza di genere tenendo ben presente le molteplici insidie e difficoltà che la relazione medico-paziente presenta soprattutto rispetto:

- alla frequente assenza di segni patognomonic della violenza stessa ed alla difficile interpretazione dei reperti clinici obiettivati;
- ai tempi di latenza che spesso intercorrono tra la violenza e l’accertamento clinico della stessa;
- al grande senso di impotenza e di frustrazione che vivono

26 **Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili** “Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l’ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all’autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all’Autorità competente. Il medico prescrive ed attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.”

gli operatori sanitari di fronte ai racconti della vittima ed ai segni della violenza;

- alla frequente negazione e rimozione dell'accaduto agiti dalla vittima, dall'offender e dai medici soprattutto in virtù delle molteplici e differenti spiegazioni che la donna fornisce in merito alle lesioni riscontrate;
- all'omertà che un simile evento scatena, per la paura di non essere creduta e capita ma soprattutto per il timore di essere giudicata;
- alla miriade di sentimenti contrastanti che la donna vive: rabbia e affetto, tenerezza e vergogna, colpevolizzazione verso il maltrattante e auto colpevolizzazione, ricerca di aiuto e convinzione di farcela da sola, necessità di parlarne e bisogno di grandi silenzi, spesso sa di doversi proteggere dal maltrattante ma si vive indissolubilmente vincolata a lui.



In questo scenario così complesso ogni medico dovrà necessariamente farsi carico della vittima raccogliendone la storia e il vissuto, il dolore, i silenzi ed i fiumi di parole, dedicandole tempo, strutturando spazi ed interagendo con tutte le figure professionali, che a diverso titolo si occuperanno di lei per costruire progetti assistenziali e riabilitativi. Quindi il “fare” di ciascuno si dovrà sviluppare non solo all’interno di un percorso clinico, diagnostico, terapeutico e/o investigativo ma anche in un percorso di umanizzazione. Accanto ad una donna vittima di violenza ciascun professionista, inevitabilmente, dovrà decidere se “chinare il capo e volgere lo sguardo altrove” oppure diventare protagonista di quel cambiamento che restituirà alla vittima quel volto e quello sguardo violati dal maltrattante.

Ma accanto alle esigenze cliniche ed a quelle relazionali ed empatiche sussistono, oggi più che mai, esigenze giuridiche, essenziali per la tutela della vittima. Ed è proprio alla luce di questa consapevolezza che ogni visita dovrà procedere sempre in un’ottica traumatologico-forense applicando una rigorosa criteriologia medico legale.

Se una donna racconta una storia di violenza fisica o sessuale, se nell’ambito di una diagnostica differenziale si riscontrano lesioni correlabili ad una sospetta violenza, se una donna nega traumatismi ripetuti (riscontrati invece dal sanitario) si dovrà sempre procedere a visita medica secondo un’ottica traumatologico-forense. Ciò sarà possibile se, e solo se, il sapere medico e le esigenze clinico-terapeutiche si armonizzeranno con le esigenze di indagine, l’obbligatorietà dell’azione penale e la protezione della donna.

La storia clinica tra una donna vittima di violenza ed un medico inizia spesso da un racconto e la raccolta del racconto della violenza subita rappresenta, per il suo valore clinico e giuridico, un momento di fondamentale importanza su cui sarà possibile costruire un’efficace relazione terapeutica.

Bastano pochi e semplici accorgimenti e il nostro fare sarà di aiuto per la vittima nel “raccontare” e nel “raccontarsi”:

- non porre domande dirette sul fatto e sui segni obiettivamente ma limitarsi a chiederne l'origine;
- riportare fedelmente “virgolettate” le parole della donna;
- evidenziare con particolare attenzione i dati relativi all'evento: data, ora e luogo, numero dei soggetti coinvolti ed eventuali notizie sugli stessi, presenza di testimoni, verbalizzazione di minacce ed eventuali lesioni fisiche;
- valutare se la violenza è stata associata a furto, presenza di armi, ingestione di alcolici o di altre sostanze, se c'è stata perdita di coscienza o sequestro in ambiente chiuso e per quanto tempo.

In particolare, nel caso di sospetta violenza sessuale, è opportuno valutare all'interno del racconto:

- se la donna è stata spogliata integralmente o parzialmente;
- se c'è stata penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta, ad opera di una o più persone;
- se c'è stata penetrazione con oggetti, se è stato usato il preservativo, se è avvenuta eiaculazione e se sono state realizzate manipolazioni;
- il tempo intercorso tra la sospetta violenza e la visita ed eventuali precedenti visite presso altri professionisti o presidi sanitari;
- se le zone lesionate o penetrate sono state pulite e deterse, se sono stati cambiati gli indumenti;
- se c'è stata minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale, nel periodo intercorso tra la sospetta violenza e la visita;
- se sono stati assunti farmaci.

Infine, previo consenso della donna, dovranno essere segnalati i rapporti sessuali intercorsi prima o dopo la presunta aggressione (per una eventuale successiva tipizzazione del DNA dell'aggressore).

Una volta assunto il maggior numero di informazioni sulla sospetta violenza, ciascun medico dovrà realizzare una precisa osservazione delle eventuali lesioni associate, che si concretizzerà in una loro dettagliata descrizione; poi dovrà procedere ad una corretta valutazione delle ipotesi diagnostiche relative alle lesioni obiettivate (diagnosi differenziale). Tutto ciò, tradotto in maniera operativa, vuol dire:

- *un attento esame obiettivo generale avendo cura di visitare tutto il corpo della donna, ponendo molta attenzione alle sue reazioni emotive ed ai suoi comportamenti relazionali, evitando ogni forma di interpretazione o giudizio soggettivo.* In questa fase la descrizione di eventuali lesioni o esiti (su tutto il corpo) dovrà essere precisa e puntuale specificando sempre la sede, le dimensioni e i caratteri generali. Di ogni lesione in particolare dovrà essere descritta:
 - la tipologia (morsi, cicatrici, ecchimosi, abrasioni, escoriazioni, ematomi, soluzioni di continuo, ferite lacero-contuse, ustioni);
 - la morfologia (per attendibilità del mezzo di produzione, tipo di unghiate, morsi, tagliuzzamento, afferramento manuale, costrizione, fustigazione, bruciature, ad esempio da sigaretta, da immersione forzata);
 - la localizzazione;
 - la numerosità;
 - la cronologia;
 - il tempo intercorso tra l'epoca riferita dell'evento e il ricorso all'intervento sanitario.

Ovviamente l'obiettività descritta dovrà includere un'attenta descrizione del suo stato emotivo, psicologico e relazionale:

- *la realizzazione di documentazione fotografica relativa a tutte le lesioni o agli esiti di lesioni obiettivati.* La realizzazione di fotografie rappresenta un elemento di forte tutela per la vittima poiché renderanno "osservabili" anche a distanza di tempo le lesioni.

Infine, qualora il medico sospetti l'ipotesi di un contatto tra liquidi biologici dell'aggressore (sangue, sperma, saliva, sudore, formazioni pilifere, cellule di sfaldamento dell'epidermide, etc.) e corpo e/o indumenti della vittima, sarà necessario, nell'ambito della visita stessa, prevedere la ricerca e la repertazione delle tracce di materiale biologico avendo cura di adottare tutte le procedure capaci di evitare eventuali fenomeni di contaminazione (operatore-reperto, repertoire, ambiente-reperto, ecc). Infine, è di fondamentale importanza che, al termine della repertazione, venga sempre redatto un verbale di catena di custodia.

Ad oggi non tutte le strutture sanitarie sono attrezzate al meglio, né tutti i medici sono adeguatamente formati, è proprio per questo motivo che molti medici che si occupano di donne vittime di violenza sentono la necessità di condividere, alla luce della letteratura scientifica nazionale e internazionale, le esperienze professionali, cercando di individuare risposte adeguate e tutelanti per le vittime di



violenza. Ciò è e sarà possibile solo immaginando un cammino operativo comune e condiviso capace di armonizzare i diversi saperi della medicina e della medicina legale.

Il percorso clinico sino ad oggi intrapreso (svelamento, riconoscimento e cura della violenza in una logica di sostegno ed accompagnamento della donna vittima) è sicuramente corretto ma non è esaustivo perché la donna vittima di violenza “chiede”, “chiama”, ci interroga; così pure l’itinerario etico-giuridico-assistenziale viene segnato ogni giorno dall’inquietudine. Fra queste due istanze problematizzanti ciascuno di noi è chiamato ad “ad-sistere”, a stare-accanto, a “cum-patere” ossia “patire-con”, a coinvolgere ed a coinvolgersi, agendo in un clima di collaborazione per costruire, a partire dalle situazioni assistenziali concrete, un cammino umano e professionale di cure competenti, di solidarietà e di speranza.

3.3 I costi sociali della violenza

IL PUNTO DI VISTA DEL GIUDICE
SUI COSTI SOCIALI DELLA VIOLENZA,
PROSPETTIVE E RIMEDI POSSIBILI,
LA VITTIMA NELL'ORDINAMENTO GIURIDICO
INTERNAZIONALE ED ITALIANO,
PROFILI COMPARATISTICI

Fulvio Rossi

Direttore scientifico dell'Osservatorio Internazionale vittime di violenza

VI ESPONGO DAL PUNTO DI VISTA DI UN GIUDICE i costi della violenza suddivisi nel seguente modo: Il diritto alla salute benessere psicofisico e sociale; la violenza, nelle sue forme (fisica, psicologica, economica, sessuale) quale atto discriminatorio in violazione dei diritti umani; la violenza di intimità, diretta e cd. assistita e le sue conseguenze e i danni causati dalla violenza sui minori – il bullismo; il “prezzo” della violenza: i costi medici (urgenze, ospedalizzazione, cure ambulatoriali e terapeutiche); i costi legati alle attività di polizia, di giustizia, penitenziaria; i costi sociali (alloggio e sostegno sociale) e quelli economici o di mercato (perdite in termini di produzione); i compiti delle istituzioni e le iniziative atte a favorire la lettura “consapevole della violenza, la prevenzione e il contrasto delle cause che inducono vulnerabilità, la protezione ed il risarcimento delle vittime.

GLI EFFETTI DELLE AGGRESSIONI SULLA SALUTE

La salute, secondo la definizione datane dall'Organizzazione mondiale della sanità, è ricchezza non solo individuale, ma collettiva e va definita non in negativo, come assenza di malattie o di infermità, ma in positivo, come condizione di benessere fisico, mentale e sociale.

Numerosi studi scientifici oramai consolidati hanno dimostrato i danni generati inequivocabilmente da atti di violenza e maltrattamento su adulti e minori, e su questo argomento è risultato prezioso il contributo del Dott. Patrizio Schinco, Medico Chirurgo Responsabile Centro Supporto ed Ascolto Vittime di Violenza DEMETRA dell' Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, che nel corso del primo convegno dell'I.O.V.V. (Osservatorio Internazionale Vittime di Violenza) tenutosi a Torino il 1° marzo 2013, ha riferito dei numerosi studi scientifici che mettono in relazione i vissuti di maltrattamento e violenza domestica con le modificazioni biologiche dell'espressione genica e l'induzione di patologie.

In questa sede il Dr. Schinco ha reso noti i risultati della sua ricerca ultradecennale, avvalorati dai lavori del Premio Nobel della medicina del 2009, Elizabeth Blackburn, sulle alterazioni delle parti terminali dei cromosomi causate, alle vittime della violenza, sul corpo, sulla mente, sull'emotività, sugli affetti, come causa di riduzione della vita attiva, di senilità precoce e di maggiore vulnerabilità a malattie e sindromi.

Anche solo assistere alla violenza nell'età formativa dai bambini crea danni a volte non riparabili, producendo un circolo vizioso di trasmissione di moduli comportamentali violenti nelle relazioni intime. I bambini che assistono alla violenza in famiglia subiscono gravi danni fisici e psicologici (ansia,

asma, balbettio, problemi di adattamento, scarso rendimento scolastico, bullismo). I bambini che subiscono violenza o assistono alla sua pratica in famiglia sono in particolare i più propensi ad esercitare crudeltà verso gli animali e forme attive di bullismo nei confronti dei compagni. La medesima tendenza si evidenzia anche per i bambini vittime di bullismo: il 71% degli esposti a violenza in famiglia è risultato avere poi subito episodi di bullismo a scuola.

GLI ASPETTI DELLA VIOLENZA

La violenza maschile è, comunque, sempre espressione di un meccanismo di dominio mirato a mantenere la donna in condizione subordinata.

Il suo esercizio contro le donne deriva da un sistema patriarcale di valori nel quale esse hanno ereditato una posizione sociale inferiore sottoposta ad un controllo che ha le sue radici nella disuguaglianza dei rapporti di potere tra uomo e donna; tale ineguaglianza costituisce un ostacolo alla effettiva realizzazione della parità uomo-donna, in violazione dei principi sanciti dalla normativa comunitaria e dei criteri guida enunciati dalla Carta dei diritti fondamentali, dal Consiglio dell'Unione europea, dal Consiglio Europeo e dall'ONU, tesi a *rafforzare i diritti e la tutela delle vittime, in ogni ambito, familiare, lavorativo, sociale e nei procedimenti penali e civili* (artt. 1,2,3,20,47 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea; Risoluzione del Consiglio del 10.6.2011; Decisione Quadro 2001/220/GAI del Consiglio; Direttiva 2004/80 CE del Consiglio del 29.4.2004 relativa all'indennizzo delle vittime di reato; Convenzione europea sui diritti dell'uomo; Convenzione europea del 1983 sul risarcimento delle vittime di crimini), con riferimento alla sicurezza di qualunque persona stazioni nel territorio di uno Stato membro o lo attraversi, rimanendo vittima di un reato lesivo dei suoi diritti più fondamentali (salute e vita in

primo luogo), Direttiva 2012/29/UE del PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI.

Trattasi di principi ribaditi, da ultimo, dalla Convenzione di Istanbul adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011, ratificata dall'Italia il 19 giugno 2013 che definisce *violazione dei diritti umani e forma di discriminazione contro le donne* tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata. Il decreto legge n. 93 del 2013, convertito con modificazioni in legge n. 119/2013, ha introdotto (pur con i numerosi limiti segnalati da più parti) significative innovazioni giuridiche a sostegno delle vittime della violenza di genere, al diritto penale sostanziale e processuale, anticipando, sia pure parzialmente, l'adeguamento dell'ordinamento interno ad alcuni criteri guida enunciati nella Convenzione di Istanbul, in vigore in Italia dal 1 Agosto 2014.

LA VIOLENZA SUL LAVORO

La violenza, anche solo psicologica, è associata ad una serie di malattie e, se commessa sul posto di lavoro, può assumere diverse forme: minacce, insulti, pressione psicologica, molestie sessuali, mobbing (termine che deriva dall'inglese *to mob, attaccare* e che consiste in comportamenti di persecuzione emarginatrice o svalutante nei confronti della vittima prescelta); essa è fattore generatore della riduzione della capacità di lavoro della vittima in attività confacenti alle proprie attitudini.

LA VIOLENZA DI GENERE ANCESTRALE

Esiste una violenza basata su retaggi atavici, che comprende i crimini d'onore, pratiche tradizionali deleterie per la salute, matrimoni forzati, che costituisce la forma più comune di violenza di genere perpetrata a livello di comunità. Secondo stime del Parlamento europeo, sarebbero ancora 500.000 le donne in Europa che hanno subito la mutilazione genitale femminile che rientra in questa categoria.

LA VIOLENZA FISICA

Secondo gli studi condotti dal Consiglio d'Europa, tra il 20 e il 25% delle donne sono state vittime di violenze fisiche o sessuali subite da un uomo almeno una volta nella vita, (quindi una donna su quattro o su cinque).

In Italia questa percentuale, già alla luce delle statistiche risalenti al 2006 dell'Istat, è più alta ed è pari al 33% (quindi una donna su tre è rimasta vittima di violenza).

Ma solo circa il 7% delle violenze, sia fisiche che sessuali, subite da partner o ex-partner viene denunciato, segno evidente di ragionevole sfiducia nelle istituzioni, ritenute manifestamente inadeguate da parte delle vittime, che solo nel 2,8% dei casi si sono potute rivolgere ad un Centro anti-violenza.

LA VIOLENZA NELLE RELAZIONI DI INTIMITÀ

Questi dati, ahimè, non sono ancora neppure aggiornati e risultano persino sottodimensionati.

Secondo una ricerca del Dipartimento di psicologia della Seconda Università degli studi di Napoli, su una casistica di 300 omicidi fra ex partners, avvenuti tra gli anni 2000-2004, nel 70% dei casi, vi erano già stati in precedenza episodi di maltrattamenti o di persecuzione della donna.

Il femminicidio di intimità provoca più morti del terrorismo e delle stragi e maggiori costi sociali, ma non è neppure

monitorato e resta un fenomeno ad oggi ancora largamente oscuro e scarsamente studiato. Il numero delle donne uccise per mano di un uomo, reso noto grazie ai dati emersi dalla stampa italiana, è comunque in allarmante aumento: 84 nel 2005, 101 nel 2006, 107 nel 2007, 113 nel 2008, 119 nel 2009, 156 nel 2010; 137 nel 2011, 124 nel 2012. I dati recepiti ci riportano poi un “identikit” dell’autore di queste morti come il prototipo dell’uomo “normale”, di nazionalità italiana, integrato nella società.

La violenza domestica rappresenta la forma di violenza più comune e diffusa: tra il 12 ed il 15% delle donne in Europa l’ha subita dopo i sedici anni d’età.

La famiglia è il luogo in cui la violenza di genere è coltivata, appresa, trasmessa, celata e legittimata.

Le vittime donne sono sempre le più numerose nelle uccisioni commesse in famiglia.

Il luogo più a rischio è l’abitazione, in cui si consumano, secondo dati del 2008 dell’EURES, il 37,2% dei delitti.

Mentre si registra, nel nostro paese, una progressiva diminuzione degli omicidi, sono invece in aumento i femminicidi, in massima parte consumati tra le mura domestiche.

I femminicidi delle ex partner sono frutto dell’incapacità dell’uomo di ripensare al futuro spesso di fronte alla decisione della partner di rompere la relazione. Questi delitti sono tutt’altro che frutto di raptus o di esplosioni d’ira imprevedibili o involontarie. Si tratta di vere proprie sentenze di condanna a morte, decise ed eseguite dal partner, che si arroga il potere di incarnare il giudice ed il boia.

Si tratta di morti preannunciate ed in gran parte premeditate, normalmente precedute dall’inflizione di sanzioni di tipo cd conservativo, secondo un codice dell’obbedienza elaborato dal partner padrone ed ampiamente prevedibili e dunque doverosamente prevenibili.

L'ASSENZA DI UN OSSERVATORIO DI GENERE E DI UNA CULTURA DELLA PREVENZIONE

Comunque si manifesti, la violenza non è mai un problema del singolo individuo che lo subisce, ma è un fenomeno che arreca pregiudizio alla qualità della vita di relazione ed al benessere non solo psicofisico ma anche economico del tessuto sociale, danneggiato dai disservizi e dallo spreco delle risorse pubbliche che produce, sia per i costi che il servizio sanitario dovrà sostenere per trattamenti terapeutici, farmacologici, ricoveri della vittima, sia per l'incremento delle spese causate dagli oneri previdenziali ed assistenziali (assenze per malattia, discontinuità delle prestazioni lavorative, invalidità, pensionamenti anticipati) che ne derivano, sempre a carico della collettività. Il mobbing sul lavoro è considerato dall'INAIL causa verosimile di malattia professionale indennizzabile, che, ove riconosciuta, è sempre in carico alla collettività.

A chi resiste mettendo in discussione la affidabilità di criteri predefiniti, senza tuttavia proporre alternative metriche di controllo preventivo in base a sperimentati criteri oggettivi e predeterminati, si può replicare che invece è del tutto arbitrario ed illegittimo pretendere di rimettersi alla sensibilità professionale del singolo operatore, mentre è doveroso costruire una valutazione professionale strutturata (Hanson, 1998), in modo da seguire uno schema guida preordinato che indichi quali informazioni devono essere raccolte attraverso la costruzione di uno strumento specifico mirato alla prevenzione ed al sostegno delle vittime.

Diversamente dai paesi confinanti, come in Francia, in cui le ricerche sui femminicidi sono effettuate da un osservatorio nazionale che manca in Italia. Ci allontaniamo dai paesi vicini, come la Spagna, dai quali sarebbe facile apprendere le pratiche virtuose ivi sperimentate con successo.

È indispensabile, per conoscere e rimuovere le cause della violenza e per promuovere i cambiamenti necessari, l'istituzione di un Osservatorio che in ciascun paese effettui un monitoraggio costantemente aggiornato per comprendere lo stato delle relazioni tra i generi nella società e per la analisi del fenomeno della violenza domestica.

I COSTI SOCIALI DELLA VIOLENZA

Il prezzo sociale della violenza subita dalle donne, secondo il Consiglio d'Europa, nell'ambito dei suoi paesi, che pesa sul bilancio di ciascuno di essi e sulla loro stessa competitività economica, ammonta a 34 miliardi di euro annui, pari a 555 € a testa.

La cosiddetta *spesa sociale* per prevenire e contrastare la violenza dovrà quindi essere considerata come un *investimento* e non come un costo o un onere, mentre è proprio la mancanza di adeguati investimenti su tale fronte che determina costi enormi ed irreversibili per la collettività.

La violenza coniugale (VC) ha un peso tutt'altro che minimo per i bilanci nazionali dei Paesi dell'Unione Europea (UE). Lo sostiene un recente ed innovativo studio, realizzato all'interno del programma europeo DAFNE III 2007 – 2013, dalla cooperativa francese di informazione sulla salute Psytel che, oltre a stimare il costo della VC nei Paesi dell'UE, propone un modello di azione per quei governi che intendono ridurre questo tipo di violenza sul proprio territorio.

La valutazione effettuata dagli studiosi è partita dai precedenti studi nazionali in materia, (generalmente basati sul numero di denunce pervenute, dalle quali si giungeva poi ad una stima della situazione nazionale) ed ha compiuto notevoli passi avanti rispetto alle comuni ricerche effettuate sino ad oggi, grazie soprattutto, alla numerosa serie di dettagli usati nell'elaborazione dei costi complessivi.

Il lavoro è stato svolto su un duplice livello, quello europeo, per il quale si è ottenuto un generico ordine di grandezza dei costi della VC, e quello nazionale (valutato quindi per ogni singolo Paese), che si è basato su un'analisi più dettagliata della situazione. Infine, nella parte conclusiva della ricerca, sono state realizzate diverse interviste ad esperti mirate ad evidenziare anche quegli aspetti essenziali, ma difficilmente quantificabili numericamente, legati allo "stile di vita tipo" di una persona che ha subito violenze all'interno di un rapporto coniugale.

Questi i metodi di quantificazione dei costi secondo lo studio sopra citato, nel contesto europeo i costi totali sono stati ricavati dalla somma di quattro tipologie differenti di spesa:

- i costi medici diretti (urgenze, ospedalizzazione, cure ambulatoriali e medicinali)
- i costi legati alle attività di giustizia e di polizia
- i costi sociali (alloggio e sostegno sociale)
- i costi economici o di mercato (perdite in termini di produzione).

A titolo indicativo, per la Francia i costi della VC nel 2006 sono stati stimati ad una cifra pari a 2,5 miliardi di Euro (dati al 25/02/2009). Questo risultato corrisponde alla media tra l'ipotesi più bassa di 2,1 miliardi di Euro e quella più alta di 2,8 Miliardi di Euro. Si noti che i costi più elevati sono quelli indiretti, quelli cioè che appaiono meno evidenti e più difficilmente quantificabili, che corrispondono in questo caso al 66% dei costi totali, mentre i costi diretti equivalgono al restante 34%.

COSA SI PUÒ FARE NELL'IMMEDIATO, COSA A LUNGO TERMINE

Un aumento mirato del bilancio della giustizia, unito a politiche destinate esplicitamente alla prevenzione ed all'incremento del numero di alloggi riservati alle vittime delle

violenze e ai loro eventuali figli, porterebbe ad una notevole riduzione dei costi complessivi della VC nei bilanci statali. Il Consiglio d'Europa raccomanda un centro antiviolenza ogni 10.000 persone e un centro d'emergenza ogni 50.000 abitanti (Racc Ue - Expert Meeting sulla violenza contro le donne – Finlandia 8-10 novembre 1999, sugli standard dei centri). In Italia dovrebbero dunque esserci 5.700 posti letto . Ce ne sono solo 500. Siamo lontano dagli standard europei richiesti e la distribuzione dei centri per regione è gravemente disomogenea.

Va rammentato che l'illegalità si nutre anche della inefficacia delle norme che riguardano la tutela delle vittime. A questo si somma l'inefficienza della giustizia che non ha i tempi della vita e che genera vere e proprie sacche d'impunità. Come è evidente quando si parla di giustizia è difficile ragionare per compartimenti stagni. È tutto collegato: l'illegalità diffusa, in famiglia come sul lavoro, se non combattuta adeguatamente, comporta costi enormi, diretti ed indiretti, e destabilizza le regole del mercato e dello Stato di diritto.

Se le vittime non sono risarcite dai responsabili, i costi delle patologie sono a carico della collettività, che, paradossalmente, paga i danni causati dai responsabili dei delitti.

Si viene così a creare, per le distorsioni del sistema che, come ha ammonito la Vicepresidente Viviane Reding, Commissaria UE per la Giustizia, ha il *dovere di non trascurare le vittime ma di rispettarle, sostenerle, proteggerle, risarcirle*, una sorta di criminal welfare, in cui non solo viene condonato dall'inefficienza del sistema il crimine, ma viene anche paradossalmente sostenuto anche sul piano economico l'autore del delitto, le cui conseguenze sono pagate dalla collettività, con evidente aggravio della spesa pubblica.

Noi chiediamo che si rispettino i parametri europei non solo nei conti pubblici ma anche nella civilizzazione. Esiste

un vero e proprio 'spread sociale' di cui si parla troppo poco. L'Europa non è solo il fiscal compact, è uno standard di civilizzazione, un terreno che ci sfida sotto il profilo dei diritti, della cultura, dei grandi valori.

Occorre che i tempi della giustizia siano solleciti ed adeguati a quelli della vita e che sia impedita la prescrizione di reati, che falcidia ogni anno oltre il 30% dei reati, che in Italia decorre dall'epoca di commissione del reato, ma che le donne denunciano di norma quando sono già passati numerosi anni dal loro inizio.

Gli Stati hanno il dovere di abbattere lo spread tra diritti sanciti e realtà quotidiana e di onorare la promessa di legalità.

Alcune riforme ordinamentali non richiedono alcun costo e neppure alcuna particolare maggioranza parlamentare. Si tratta di norme di modifica delle vigenti leggi ordinarie, che in Italia non hanno dignità costituzionale e che possono essere modificate agevolmente, quali:

- a) **LA ABOLIZIONE DEL DIVIETO DI *REFORMATIO IN PEIUS* IN SECONDO GRADO** (in Francia questo divieto non esiste): ora l'imputato gode del beneficio di non rischiare nulla se perde l'appello (a meno che ricorra contro la sentenza anche il PM; ma il rapporto tra PM e difensori è tale da rendere impossibile che le sue impugnazioni siano pari a quelle degli imputati);²⁷

27 In Italia, secondo l'unione camere penali, ci sono 230.000 avvocati. Ci sono più avvocati nella provincia di Roma (21.000) che in tutta la Francia, uno ogni 109 cittadini. I patrocinanti in Cassazione in Italia, secondo dati aggiornati al 2006, sono 37.902 mentre in Francia i patrocinanti in Cassazione non raggiungono il migliaio. In Italia, come in Francia, secondo i dati CEPEJ (la Commissione Europea per l'Efficienza della Giustizia) il numero di magistrati per ogni 100.000 abitanti è 14,8.

- b) la abolizione della prescrizione per i reati in cui sia arrecato *vulnus* al diritto alla vita, a prescindere dalla loro qualificazione come dolosi, colposi, preterintenzionali.²⁸
- La eliminazione della fissazione della durata della prescrizione in relazione alla misura della pena edittale (introdotta dal codice Rocco) o alla qualificazione del reato come delitto o contravvenzione e la sua correlazione alla complessità degli accertamenti che il reato normalmente comporta.
 - Il decorso della prescrizione dalla data della scoperta del reato e non da quella della sua commissione (si pensi ai reati di truffa, corruzione, concussione, peculato, associazione per delinquere)²⁹.
 - Per i reati frutto di violenza di genere, la decorrenza della prescrizione dal momento in cui la vittima ha consapevolezza del disvalore del comportamento dell'imputato (come avviene di norma nei processi civili).
 - La fissazione di un termine di prescrizione compatibile con i tempi tecnici necessari per la celebrazione dei processi anche nei gradi successivi al primo (es. 20 anni dopo la sentenza di condanna di primo grado, posto che questa pronuncia affievolisce la presunzione di non colpevolezza dell'imputato e dimostra la volontà dello Stato di perseguire il crimine). In difetto, la prescrizione continuerà a falciare i processi più complessi in corso, ad

28 La Corte europea dei diritti dell'uomo, con sentenza del 29 marzo 2011, (ricorso n. 47357/08 Alikaj e altri contro Italia), ha pronunciato una dura condanna dell'Italia, sancendo che se la prescrizione ha l'effetto di impedire la punizione dell'imputato (di omicidio nel caso specifico) deve ritenersi una misura incompatibile con la Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

29 Secondo la Commissione Ue, il costo della corruzione in Italia è di circa 60 miliardi all'anno, pari a circa il 4% del Pil.

arrecare danni economici gravissimi al paese ed a premiare il crimine e genufletterà di fatto la giustizia dinanzi ai santuari del potere politico ed economico ;³⁰

- c) la subordinazione dell'applicazione dei benefici all'imputato al superamento, da parte sua, della messa alla prova, come si fa per i minorenni, dato che il cosiddetto mondo adulto non dimostra certo maggiore maturità di quello minorile, nonché all'avvenuto risarcimento del danno causato alla vittima;
- d) la assicurazione della tempestività ed effettività dei meccanismi riparatori e risarcitori che salvaguardino, già nel processo penale, il diritto della vittima ad un ristoro serio e non simbolico; in particolare, la tutela effettiva dei diritti della vittima già nel processo penale, (in osservanza dei criteri guida di cui alla Decisione quadro del Consiglio dell'Unione Europea 15 marzo 2001, n. 2001/220/GAI, sostituita dalla Direttiva 2012/29/UE);
- e) l'estensione alla vittima del diritto di impugnazione;
- f) la previsione di fondi di garanzia alimentati dalle sentenze di condanna passate in giudicato ;
- g) l'immediata esecutività della decisione di condanna (come previsto dai sistemi di *common law*);
- h) il rendere non solo obbligatorie, ma anche concretamente fattibili con immediati ed adeguati supporti economici per la vittima, le procedure di allontanamento dei violenti, di prevenzione e sostegno delle vittime e dei loro minori, quando si verificano più di uno degli indici di allarme che precedono, secondo le statistiche, i fem-

30 Negli Stati Uniti d'America la prescrizione del reato non esiste se il processo viene iniziato, qualunque sia il tempo necessario perché si concluda. Nel 2013 i reati prescritti in Italia sono stati 130.000. Nel nostro paese la prospettiva della prescrizione contribuisce a far approdare ogni anno in Cassazione 50mila ricorsi penali.

minicidi, quali la recidiva di minacce o violenza, la violazione di obblighi di **ASSISTENZA** verso i figli minori, lo stalking;

- la introduzione, accanto al turno arrestati (che riguarda reati già commessi) il turno per i reati sentinella .
- Occorre, da ultimo, che chi non provvede a prevenire le morti preannunciate sia chiamato a risponderne .³¹

VI RIPORTO L'ESPERIENZA DELLA CITTÀ DI TORINO:

LA PALESTRA DEI DIRITTI

Su iniziativa del Comune, a Torino, da oltre un lustro, è stata attuata una concreta misura mirata a consentire alle donne di sottrarsi immediatamente alla violenza quotidiana ,in primo luogo domestica: il Gymnasium of human rights realizzato, insieme a volontari insegnanti del Metodo Globale Autodifesa (MGA) della FIJLKAM, nella Palestra dei diritti del Palagiustizia, si è rivelato un concreto strumento per contrastare immediatamente - prima di potersi poi rivolgere alle strutture di assistenza e di sostegno ed alle forze dell'ordine - quegli uomini che oggi praticano la violenza di genere come regola del rapporto.

Oltre un migliaio di donne ne hanno finora beneficiato.



31 Per rendere effettiva questa responsabilità è necessario e sufficiente definire le procedure obbligatorie di cui al capo h).

STRATEGIE DI PREVENZIONE E CONTRASTO UNA INIZIATIVA VIRTUOSA : LA PALESTRA DEI DIRITTI DEL PALAZZO DI GIUSTIZIA DI TORINO

Il progetto è nato dalla considerazione che le aule di giustizia sono parificabili ad ospedali della patologia delle relazioni umane e che pertanto, come nella medicina, anche nella patologia dei rapporti è bene fare prevenzione nei confronti della violenza fisica, psicologica, economica, sessuale.



LA VIOLENZA DI GENERE

Il femicidio di intimità provoca più morti e maggiori costi sociali del terrorismo e delle stragi, ma non è neppure monitorato e resta un fenomeno ad oggi ancora largamente oscuro e scarsamente studiato. La violenza domestica rappresenta la forma di violenza più comune e diffusa: tra il 12 ed il 15% delle donne in Europa l'ha subita dopo i sedici anni d'età.

La famiglia è il luogo in cui la violenza di genere è coltivata, appresa, trasmessa, celata e legittimata



COSA SI PUO' FARE NELL'IMMEDIATO, COSA A LUNGO TERMINE

Un aumento mirato del bilancio della giustizia, unito a politiche destinate esplicitamente alla prevenzione ed all'incremento del numero di alloggi riservati alle vittime delle violenze e ai loro eventuali figli, porterebbe ad una notevole riduzione dei costi complessivi della violenza nei rapporti di coppia nei bilanci statali.

Il Consiglio d'Europa raccomanda un centro antiviolenza ogni 10.000 persone e un centro d'emergenza ogni 50.000 abitanti

Va rammentato che l'illegalità si nutre anche della inefficacia delle norme che riguardano la tutela delle vittime.

A ciò aggiungasi che se le vittime non sono risarcite dagli autori delle violenze, i costi delle patologie sono sempre a carico della collettività, che, paradossalmente, paga i danni causati dai responsabili dei delitti.



3.4 LE CASE D'ACCOGLIENZA

Associazione “Nondasola” Reggio Emilia

Alessandra Campani

Casa delle donne, Reggio Emilia

INIZIO CON LE PAROLE CHE ACCOMPAGNANO LA QUOTIDIANITÀ DI UN'OPERATRICE DI ACCOGLIENZA in un centro antiviolenza. Vorrei proporvi di immaginare, per un attimo, cosa significhi vivere in uno stato di perenne ipervigilanza, cosa questo comporti a livello fisiologico, quali sostanze chimiche metta in circolo e quanto impegni l'organismo ad attivare modalità di sopravvivenza che richiedono enormi dispendi di energia. Vorrei che vi calaste, per un attimo, nella situazione di chi, rientrando a casa, magari dopo una giornata di lavoro estenuante, non sa mai cosa l'aspetti: forse una sequenza di insulti o più subdole e velate svalutazioni, quando non addirittura minacce o percosse per futili motivi, o forse una condizione di tranquillità e pacatezza che va a rivitalizzare l'illusione che allora tutto può cambiare e di nuovo ci si può sentire amate e rispettate e i figli e le figlie potranno continuare ad avere un padre al loro fianco.

Quando le donne ci contattano, di cicli come questi il più delle volte ne hanno vissuti parecchi, come parecchi sono stati i tentativi da loro messi in atto per determinare dei cambiamenti, che purtroppo si sono rivelati inefficaci. Se, dopo la prima telefonata, decidono di avviare un percorso con noi, il primo messaggio che incontrano appeso alle pareti e a caratteri ben visibili, entrando alla Casa delle Donne, è: uscire dalla violenza si può. Come questa affermazione si declini poi nei diversi percorsi, dipende da tante e tali variabili che ne spiegano la diversa lunghezza che può andare da una media di 4 colloqui fino a percorsi che durano oltre un anno, specialmente nelle situazioni che per gravità o per mancanza di reti di supporto e risorse economiche, o, più spesso, per tutti questi elementi insieme, richiedono un periodo di ospitalità alla Casa.

In relazione con queste tante donne che incontriamo alla Casa, attraversando i territori del dolore e della paura mai del tutto esplorati, emergono punti di forza e risorse che chiedono solo di essere riconosciuti e valorizzati per poter poi essere utilizzati nella direzione di un cambiamento. Cambiamento non più inteso come speranza che l'altro cambi, ma centrato sulla realizzazione di sé: io posso cambiare; io ne ho la forza. Nella nostra metodologia la donna è al centro. Sarà lei stessa e solo lei a decidere in che direzione avviare un processo di cambiamento: se allontanarsi dal compagno violento ed avviare una separazione, oppure percorrere vie legali che determinino l'allontanamento di lui o, ancora, decidere di rimanere avendo più strumenti di contrattazione. Sarà lei stessa e solo lei, tranne nei casi di reato procedibili d'ufficio, a decidere se sporgere o meno denuncia e quali strategie di tutela/protezione adottare. Noi certamente favoriamo occasioni di consapevolezza e stimoliamo un percorso di conquista di sempre maggiore autonomia, ma limitandoci a sostenere la sua volontà, sempre un

passo indietro. La vita è la sua: l'autodeterminazione è per noi il valore imprescindibile.

L'Associazione Nondasola Onlus, nasce nel 1995 con l'obiettivo di costruire progetti ed iniziative finalizzate a contrastare ogni forma di violenza contro le donne, inquadrata come violenza di genere; gestisce, attraverso una convenzione, il centroantiviolenza Casa delle donne, del Comune di Reggio Emilia dal maggio del 1997 e offre, in anonimato e riservatezza, a tutte le donne che ad essa fanno riferimento colloqui di accoglienza, consulenze legali, orientamento al lavoro, ospitalità temporanea.

Dall'apertura a fine marzo 2014 sono state accolte 3874 donne, di queste sono state ospitate 158 donne e 156 figli. Nel corso del 2013, 3158 donne si sono rivolte agli undici centri antiviolenza che compongono il coordinamento regionale dell'Emilia Romagna. Le donne che, a motivo delle violenze subite, hanno contattato per la prima volta un centro antiviolenza nel 2013 sono 2399: per il 63% si tratta di donne italiane e per il restante 37% di donne straniere. Rispetto all'anno precedente, il 2012, si registra un aumento di richieste di aiuto pari al 12%. Sempre in relazione al 2012, aumentano anche le donne che sono in percorso da anni precedenti.

Come rilevato anche negli anni precedenti, le donne accolte nel 2013 sono in larga maggioranza donne con figli/e (78,2%), che subiscono violenze fisiche (64%) e/o psicologiche (88%) e/o sessuali (14%) e/o economiche (39%), prevalentemente da un partner o un ex partner. Le donne ospitate nelle case rifugio dei centri antiviolenza regionali nel corso del 2013 sono state 164; i figli/e 187. Rispetto all'anno precedente, si registra un aumento tanto delle donne ospitate che dei figli/e. L'incremento complessivo è di circa il 30%.

La nascita dell'associazione D.i.Re nel 2008 è stata un punto di evoluzione per il movimento delle donne in Italia, dando evidenza politica al lungo percorso, di oltre 20 anni, dei centri antiviolenza. D.i.Re, non rappresenta la totalità dei centri antiviolenza italiani, ma rappresenta il punto di incontro con le reti di associazioni di donne europee ed internazionali, tra cui la rete europea WAVE - Women Against Violence Europe, di cui è parte e punto focale per l'Italia, la European Women's Lobby (EWL), la rete internazionale dei centri antiviolenza GNWS - Global Network of Women's Shelter.

Nel 2012 oltre 14.000 donne si sono rivolte ad un centro antiviolenza aderente a D.i.R.e. Questo numero, in un Paese come l'Italia che non è in grado di rappresentare i dati di realtà delle violenze contro le donne, è significativo, ma rappresenta ancora solo parzialmente una complessità di disagi e di bisogni. Le Case e i Centri antiviolenza sono un osservatorio privilegiato sul fenomeno della violenza maschile sulle donne ed è importante avere presente i dati che sono in grado di raccogliere e aggiornare costantemente. Le statistiche servono infatti non solo a riflettere per promuovere cambiamenti ed eliminare gli stereotipi ma a comprendere più a fondo lo stato delle relazioni tra i sessi nella società e dunque nella nostra città.

Il principio fondante che ci accompagna è quello di affermare una pratica di relazione tra donne in un contesto di professionalità e di servizi volti a prevenire e contrastare un fenomeno che riguarda "intimamente" i rapporti tra i sessi e che pertanto deve continuare ad interrogare la comunità sociale.

In tutti questi anni abbiamo lavorato per definire e consolidare la nostra metodologia costantemente arricchita e permeata dalle relazioni con il territorio. È un lavoro quotidiano che ha integrato nella sua metodologia lo scambio

e l'intervento con molti altri attori locali, ponendo sempre al centro la complessità di un progetto di vita individuale di ciascuna donna. Questo ha implicato per l'Associazione la consapevolezza di dovere sviluppare attività di servizio, ma anche azioni di rete, promozione di azioni politiche, ma anche ricerche, iniziative di formazione, di prevenzione.

Promuovendo e partecipando attivamente alla costruzione di formazioni la nostra associazione vive il desiderio, di essere punto/autorità di riferimento per determinare, nei limiti delle proprie possibilità, dei cambiamenti utili alle donne ed ai bambini che hanno vissuto o vivono violenza. Abbiamo aumentato le nostre conoscenze e competenze per raggiungere questo obiettivo, consapevoli che il territorio che viviamo può/deve esserci da stimolo per costruire un modello in cui ognuno faccia la propria parte. Alcuni risultati li abbiamo ottenuti, con grande sforzo, ma anche con una crescita collettiva importante. Abbiamo imparato l'arte della concertazione e della negoziazione, preferendo la strada della rappresentazione sapiente della nostra politica a quella della contrapposizione. Abbiamo incontrato donne e uomini, dentro e fuori le istituzioni, con cui si sono condivisi convinzioni ed obiettivi e costruite relazioni, così da potere avviare un processo che è ancora ben lungi dall'essere terminato.

Questo ha implicato per l'Associazione la consapevolezza di dovere sviluppare attività di servizio, ma anche azioni di rete e promozione di azioni politiche, ma anche ricerche, iniziative di formazione, di prevenzione.

È un percorso oneroso nel quale abbiamo dovuto imparare metodi e linguaggi che non appartengono professionalmente ad ognuno di noi, ci siamo dotate di strumenti interpretativi e ci siamo fortemente messe in gioco in un processo lungo e difficile. Questo lavoro è iniziato in assenza di politiche di intervento nazionali che potessero stimolare o fare

da supporto alle azioni localmente messe a punto, né da statistiche ufficiali che rendessero possibile evidenziare il peso della violenza di genere. Abbiamo condiviso in questi anni le difficoltà da parte delle donne a chiudere una relazione quando il partner diventa violento e molte di queste difficoltà hanno a che vedere con la presenza o assenza di risorse materiali come avere una casa e un lavoro, soprattutto se ci sono dei figli/e in età minore; con la presenza o assenza di risposte di solidarietà e di sostegno da parte di amici e parenti; con la presenza o assenza di una forza esterna che garantisca un minimo di sicurezza, di fronte alla possibilità che anche dalla separazione derivino ulteriori violenze.

E tuttavia abbiamo anche condiviso che può accadere che pur in presenza di queste risorse la decisione di interrompere la relazione richiede tempi lunghi, perché le violenze producono delle conseguenze specifiche – paura, ansia, stati depressivi, perdita progressiva di energie e di stima di sé, isolamento relazionale, a volte perdita del lavoro, ecc... – quelle che oggi si definiscono come reazioni post traumatiche da stress e che rendono sempre più complicato l'uscita dalla situazione.

Ma vi sono anche altre ragioni importanti. E se ciò di cui parlano le donne è spesso la speranza incrollabile che l'amore ritorni, dai loro racconti emerge anche un vero e proprio senso di vuoto e di inesistenza di fronte alla possibilità della solitudine. E su questo certamente la responsabilità di una presa in carico sociale è grande. La risposta sociale, in altre parole, dovrebbe farsi carico di fornire risposte e risorse senza diventare per questo prescrittiva. Credo sia importante ribadire che non vi sono soluzioni preconfezionate e che ciascuna donna deve trovare per sé la strada migliore per uscire dalla sua situazione di violenza.

La ricerca di aiuto è aumentata anche perché abbiamo costruito un clima collettivo, una possibilità di dire, e sicuramente una maggiore attenzione. Questo però richiama tutti a una responsabilità non solo di ascolto ma di un'attenzione costante alle risposte che individualmente e collettivamente dobbiamo essere in grado di dare mettendo in conto anche la fatica del sostenere costantemente il nostro sguardo.

A VOLTE NON RIESCO A GUARDARTI NEGLI OCCHI;
SEI COME UN EDIFICIO BRUCIATO ALL'INTERNO
CON I MURI PORTANTI ANCORA IN PIEDI.

Anne Michaels

Casa di accoglienza delle donne maltrattate Milano

Manuela Ulivi

Avvocata

BUONASERA E GRAZIE DI QUESTO INVITO, PER ME MOLTO PARTICOLARE perché a Milano abbiamo già fatto alcuni incontri con l'Ordine dei medici, ma non avevo mai avuto l'occasione, il piacere, di vederne così tanti insieme anche a livello nazionale.

Devo dire che vi leggo tutti i giorni: per la mia professione di avvocatessa che difende tante donne maltrattate leggo frequentemente referti, soprattutto di medici del Pronto soccorso, ma anche di diversi medici di base.

Tutto il lavoro che stiamo facendo per costruire una rete, anche tra diverse professioni, ha le sue radici nell'impegno di donne femministe che stavano nell'UDI (Unione Donne in Italia) diverso tempo fa, stiamo parlando ancora di anni '90. Va riconosciuto che il lavoro cominciato allora ha prodotto tantissimo. Prima Alessandra citava la nostra associazione nazionale che raccoglie sessantasei centri antiviolenza (D.i.Re, donne in rete contro la violenza), è stata per noi

una costruzione di relazioni e di conoscenze ed è oggi un punto di riferimento per tutti.

Tutta la nostra esperienza e le conoscenze che portiamo nei luoghi in cui siamo invitate, non sono ancora del tutto sufficienti a consentire, anche a livello nazionale, di mettere in campo delle azioni coordinate per mettere a sistema tutto questo sapere, anche se la relazione tra donne non è un sapere “sistematizzabile”. Ogni donna ha la sua storia, il suo percorso e intraprende strade secondo desideri che non si possono omologare.

Esiste comunque un ambito di saperi professionali, politici e di diverso genere che non sono ancora stati contemplati in un “piano nazionale antiviolenza” rinnovato e utile.

Pertanto gli interventi più istituzionali contro la violenza maschile sulle donne non sono assolutamente a sistema. Sarebbe utile avere dei dati precisi sul tema mentre, anche nel tavolo regionale contro la violenza istituito l’anno scorso dalla Lombardia a cui siedo, i magistrati ricordano che dal Ministero degli Interni non raccolgono i numeri dei dati relativi ai reati divisi per sesso. Quindi noi non sappiamo se un reato è commesso da un uomo o da una donna, tanto meno contro chi è commesso. Manca il classico quadratino relativo al genere (M o F)! Siamo veramente molto, molto indietro anche in una semplice raccolta dati.

Nonostante ciò le donne dei Centri antiviolenza hanno fatto rete in tutti i contesti, in questi 25 anni di lavoro. Con le forze dell’ordine, i magistrati, i servizi sociali, nei Comuni con gli amministratori, anche attraverso corsi di formazione sul tema della violenza.

Ma occorre cominciare a pensare a un lavoro permanente di formazione, perché non è possibile formare alcuni medici, alcuni avvocati, alcuni magistrati, forze dell’ordine, servizi sociali – tutto quello che abbiamo fatto in questi anni – e se poi cambia la persona si perde tutto.

Un altro tema su cui lavorare è quello del confronto, ma soprattutto dell'ascolto.

Dobbiamo riuscire ad ascoltarci. Imparare tutti ad ascoltarci. La nostra metodologia è stata innanzitutto quella da partire da sé, tutte le donne, purtroppo hanno un'esperienza collegata alla violenza. Chi più, chi meno, non c'è donna che non sia stata importunata a cui un comportamento maschile abbia tolto la libertà di muoversi a suo agio. Donne giovani e meno giovani hanno fatto l'esperienza di un'aggressione più o meno violenta, scioccante, con conseguenze sulla propria vita.

La violenza di cui parliamo qui oggi è più devastante, ma è sempre figlia di quel modo di relazionarsi tra uomo e donna che non è accettabile. Poiché la violenza si confonde in tante espressioni e specie, che non sempre vengono riconosciute e contrastate, portiamo dentro di noi un'esperienza, come donne, dalla quale siamo partite per parlare di situazioni di violenza subite da altre donne, partendo da sé.

Mi è piaciuto molto l'intervento della dottoressa Triozzi che ha invitato a guardare negli occhi le donne e i bambini, perché ha detto "Io lo faccio". Anche noi lo facciamo. Ci ha invitato anche a guardare i luoghi in cui un medico entra quando si reca a fare una visita e questo ha richiamato alla mia mente un corso di alcuni anni fa.

Mi ricordo l'intervento di formazione fatto ai vigili urbani dove abbiamo detto: "Guardate che voi quando intervenite chiamati in contesti e case dove è stata agita violenza dovete fare una fotografia, alla cucina, al salotto, alla stanza da letto, al bagno, dove trovate confusione, quella cosa ci necessita. Perché noi nelle aule di giustizia non riusciamo sempre a dimostrare la violenza". Allora fotografare e riportare al giudice un contesto è una cosa preziosa, così anche i referti dei medici potrebbero essere più ricchi di dettagli per dare una fotografia e una percezione più reale del contesto.

Perché la violenza non sono solo i massacri, quando ci sono i massacri, scusate, ma tutti intervengono, e devo dire, che in questi casi abbiamo più elementi certi. Bisogna mettere a sistema anche come fare degli interventi giusti. Non ho mai trovato un giudice che mi dicesse: “No avvocato non le do l’ordine di allontanamento” se ho delle foto del tipo che abbiamo visto prima, o ho dei certificati medici che mi dicono certe cose. Ho trovato tanti giudici che mi hanno detto: “Io non le do nessun ordine di allontanamento perché tutto sommato quelli si sono picchiati a vicenda, forse gli insulti erano reciproci”.

Allora anche qui bisogna molto distinguere di quale violenza stiamo parlando.

Mi ha fatto un po’ specie sentire parlare di Franca Rame, una donna molto intelligente e profonda, della violenza sessuale che ha subito, affermando che sia stata aggredita perché era un pezzo di carne da prendere. Non mi pare sia quello il punto, io ho sempre pensato, così anche molte altre, credo lei compresa, che sia stata aggredita per quello che era e che diceva, anche come donna libera e come tale da punire con quel gesto.

Ed è questo quello che noi vediamo tutti i giorni quando le donne si rivolgono ai nostri Centri, fanno affermazioni di libertà e quelle affermazioni non sono per niente accettate.

È questo che colpisce molto nella violenza domestica, la sottomissione per pochi o tanti anni e poi la decisione di uscire e di affermare la propria volontà di non dover essere più costretta a stare in un certo contesto, a sopportare determinate situazioni, essere, insomma, una donna libera.

Sulla definizione di violenza possiamo fare riferimento alla Convenzione di Istanbul, ratificata dall’Italia con la Legge 77 del 2013, che ci dice delle cose molto importanti.

Questa convenzione pur ratificata, entrerà in vigore solo con la firma di dieci stati, di cui otto devono essere dell’unione

europea. Siamo a otto Stati, non tutti dell'unione europea, e vi devo dire che Spagna, Francia, Germania, Paesi Bassi, non l'hanno ancora ratificata. Una volta tanto l'Italia è un po' più avanti insieme a Portogallo ed Austria. (nelle more della pubblicazione degli atti del Convegno, va qui detto che la Convenzione richiamata è entrata in vigore il 1° agosto 2014, grazie all'intervenuta ratifica degli Stati che sono stati nominati).

La convenzione di Istanbul definisce la violenza contro le donne come violazione dei diritti umani, cosa già riconosciuta, ma la stessa Convenzione afferma che la violenza sia anche una forma di discriminazione contro le donne agita attraverso tutti gli atti di violenza basata sul genere che provocano o possono tradursi in violenza fisica, sessuale, danni psicologici, economici o sofferenza alle donne, incluse le minacce di tali atti.

Allora voi vedete che qui noi abbiamo un riconoscimento della violenza che va molto oltre la sola violenza fisica.

I medici di base possono essere molto utili a registrare e riportare le diverse forme di violenza di cui vengono a conoscenza per la loro professione. A Milano, discutendo con l'ordine dei medici, abbiamo appreso come i medici di base pur percependo la violenza familiare sono in un serio conflitto su come muoversi. Conflitto di lealtà, perché ovviamente essendo medici di base hanno in genere in cura tutta la famiglia, e quindi hanno come pazienti sia l'uomo che la donna della coppia. Questo è un elemento da approfondire e sul quale dobbiamo capire come voi medici potete essere utili, perché tutte quelle sentinelle di cui si parlava, presenti sul territorio e che raccolgono questi segni, devono poterlo fare in modo corretto e anche integrato, in relazione con altri contesti.

Ora devo riferirvi cosa facciamo noi nel centro antiviolenza. Al Centro si rivolgono le donne che vogliono uscire dalla

violenza e liberarsi del violento riprendendosi la loro libertà. Queste donne hanno delle risorse e non sono solo delle vittime, noi non le abbiamo mai trattate come delle poverette che non sanno dove andare che sono dentro a quella situazione perché incapaci.

In realtà si finisce per vivere situazioni di violenza molto facilmente e molto più facilmente di quello che si possa immaginare.

Quando si rivolge a noi la donna, il desiderio che porta è importantissimo. Seguire questo suo desiderio e quindi la sua volontà, capire con lei nel colloquio cosa vuole e quali siano le sue risorse è il lavoro che si fa insieme a lei. Perché normalmente la donna non ti porta un progetto chiaro, a volte fa discorsi confusi, a volte un po' meno, però non individua da sola tutti gli elementi della sua storia e quello che è il vero desiderio di base che ha in sé. Con un affiancamento, quale facciamo noi all'interno di un centro antiviolenza, riusciamo a trovare insieme alla donna il percorso da costruire per raggiungere gli obiettivi che la donna intende darsi.

L'ascolto è il primo modo di incontro della donna. Ne avete parlato qui, si è detto molto anche di quello che ciascuno di noi fa, innanzi tutto, ascoltare. Poi, individuare il percorso, cioè capire insieme alla donna quale può essere il percorso di uscita dalla violenza, cosa e come si può realizzare. Si concordano anche nei dettagli più semplici i passaggi da fare, del tipo suggerire alla donna come cautelarsi e muoversi dopo l'incontro: "Allora, adesso stasera torni a casa e gli dici qualcosa o non gli dici niente". Anche su questo noi abbiamo imparato a fare molta attenzione rispetto al pericolo che corre la donna quando decide di interrompere la convivenza con un uomo violento.

La valutazione del rischio per noi è importantissima è una delle prime cose che facciamo. Ci siamo dotate anche di strumenti appositi, come il questionario S.A.R.A. che indi-

vidua gli indici di rischio di una recidiva nel maltrattamento e di azioni recrudescenti e ancor più pericolose di quelle già vissute dalla donna.

Gli strumenti sono sicuramente perfezionabili, però il rischio è un dato che valutiamo insieme alle donne, il percorso comincia già dal: 'Torni a casa, cosa fai', prima ancora di pensare al percorso di prospettiva. Facciamo piccoli passi per non far sì che la donna si senta quasi impotente di fronte alle tante, tantissime cose da fare, e rinunci all' "impresa".

Ovviamente quello che fa un centro violenza è anche *rete*, parola che percorre un po' tutto il nostro lavoro.

In che modo facciamo rete?

Allora qui entrano in gioco altre tre parole e sono le ultime che vi dico.

Sono: le *competenze*, i *poteri* e la *politica*.

Le *competenze* siamo noi donne con la nostra storia e con l'esperienza di tante altre storie di donne. In secondo luogo ci sono le professioni: i medici, noi avvocate, le psicologhe, ci sono tante professioni che hanno delle competenze importanti e utili per il sostegno alla donna, poi ci sono i *poteri* e la *politica*. Ovviamente noi dobbiamo essere in rete, una volta che abbiamo costruito un rapporto di fiducia, affianchiamo la donna e facciamo un percorso con lei, creando contatti con tutte queste entità.

I *poteri* sono quelli che conosciamo tutti, sono quelli giudiziari: Tribunale, Polizia giudiziaria, la Procura. A Milano, al momento, rispetto alla Procura non siamo molto ottimiste, l'abbiamo criticata perché di circa 1500 denunce che in un anno sono arrivate per maltrattamenti in famiglia, art. 572 del codice penale, circa 800 nello stesso anno sono state archiviate. Ci siamo chieste e abbiamo detto alla Procura, "Cos'è successo, tutte le donne si sono messe a denunciare fatti che non sono violenze? O forse non state riconoscendo in certi fatti quelle che effettivamente sono violenze? O for-

se ancora non avete sufficienti mezzi per fare indagini, non avete tempo, non avete possibilità, come la mettiamo?”

Non possiamo mai dare per scontati traguardi raggiunti. Ad esempio proprio la Procura milanese fu tra le prime a creare quello che allora si chiamava ‘*Pool* famiglia’. Oggi si parla ahimè, di ‘tutela dei soggetti deboli’.

Dunque, rispetto a tutto ciò che si è messo in movimento stiamo tornando indietro?

Può accadere anche questo ed è per questa ragione che dobbiamo fare molta attenzione a non tornare indietro!

I *poteri* poi sono le istituzioni. Ci sono le istituzioni locali, i Comuni sono quelli più vicini alla realtà delle situazioni. Ci sono tantissime figure che vanno formate, noi ad esempio abbiamo elaborato, sempre come associazione nazionale D.i.Re, delle linee guida per i Servizi sociali, abbiamo firmato insieme all’ANCI Nazionale questo opuscolo. Perché? Perché i Servizi sociali sono strutture importantissime, anche loro raccolgono una prima richiesta d’aiuto della donna, ma poi non sempre individuano la situazione di violenza. Anche lì, conflitto e violenza, lo accennava prima Alessandra, bisogna capirsi bene e non confondere le situazioni. Perché quando tu dicevi “Le donne che arrivano da noi non sono quelle che hanno fatto una discussione con il marito”, certo non sono quelle, ma molto spesso vengono etichettate come quelle che esagerano. Lo vedo, trattando da civilista le separazioni, che molto spesso finisce così anche perché non si hanno sempre le prove di quanto accade nei contesti domestici. Allora anche quello che scrivono i medici all’inizio, quelli del pronto soccorso, un medico di base, sono documenti importanti. Io sempre chiedo alle donne “Ma lei è andata dal suo medico di base? Gli ha fatto vedere questa ferita o cicatrice o ematoma? Gli ha detto che le sta dando gli antidepressivi perché c’è questa situazione?”. A volte ci sono ovviamente anche ritrosie, vergogna, nel dire ciò che

sta accadendo. Non si ha voglia di raccontare al medico tutta la propria storia e quello che si sta vivendo.

Ultima parola, la politica. A no scusate faccio un passo indietro, le istituzioni. Le istituzioni non ci danno soldi. Cioè ci sono soldi sul piano nazionale ma i soldi ai centri antiviolenza non sono ancora arrivati. Voi dovete sempre ricordarvi che un centro antiviolenza in genere, è una associazione privata che non ha fondi se non quelli delle donazioni del 5 per mille o viene in parte finanziato dalle amministrazioni locali se ha delle convenzioni. Le nostre sedi ce le paghiamo noi, le operatrici pure e queste sono le condizioni.

La *politica*. Per noi la politica è il lavoro organizzato delle donne, non c'entra la politica quella istituzionale che la Libreria delle Donne di Milano chiama seconda.

È la politica della relazione con le donne ed è il nostro lavoro in relazione che mette in discussione il comportamento degli uomini. Noi diciamo *«donne, donne, donne»* ma io spesso e volentieri dico meno male che in questa sala ci sono anche degli uomini che ci pensano, che si mettono in discussione e che si confrontano con le donne mettendo in discussione quello che è il loro sesso che per tanti anni ha portato in questa cultura. Ci sono uomini che hanno scritto anche dei manifesti importanti, che hanno detto “Noi non vogliamo la violenza, ma vogliamo anche interrogarci come uomini e non solo chiamarci fuori”.

Quindi c'è un pratica politica delle donne che parla con gli uomini, che chiede, che pretende, e che costruisce. La nostra politica è quella di costruire occasioni di libertà con le donne. Noi crediamo che i nostri Centri siano dei luoghi di libertà, lo crediamo, lo affermiamo e lo facciamo. Per noi non è fondamentale solo conoscere il ciclo della violenza, gli aspetti tecnici sono importanti ma forse non bastano.

Riconoscere la violenza e non generalizzarla, questo è importante. Quello che ho detto prima, lo sguardo che uno dà

quando si mette di fronte ad una donna, non uno sguardo giudicante ma neppure uno sguardo penoso e di solo aiuto, un po' stile crocerossina. Deve essere anche uno sguardo che riconosce la forza e che quindi in questo modo le dice: "Guarda io ho costruito il mio luogo di libertà se vuoi ti ci accompagno, se vuoi possiamo fare un pezzo di strada insieme". Questa è la nostra politica, cioè quella della libertà delle donne.

3.5 L'aiuto agli uomini maltrattanti “Liberiamoci della violenza”

Monica Dotti

AUSL Modena

OBIETTIVI

Per l'AUSL di Modena occuparsi della “salute” delle persone che subiscono violenza, significa farsi carico delle rilevanze sanitarie, migliorare la capacità dei professionisti nel riconoscere questa problematica e nel trattarla, rafforzare il lavoro di “rete” presente nel territorio per assicurare una condivisa e sinergica presa in carico delle “vittime”, lavorare con gli uomini per aiutarli a cessare il comportamento violento.

CONTESTO OPERATIVO DI RIFERIMENTO

Dal 2007 l'AUSL di Modena insieme ad altre istituzioni ha aderito ad un Protocollo d'Intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno contro la violenza alle donne (approvato con delibera di Giunta Provinciale n. 81 del 06-03-2007).

Diversi sono i compiti assegnati alle istituzioni firmatarie, nello specifico quelli attribuiti all'Azienda USL di Modena sono i seguenti:

- Curare la raccolta e l'elaborazione dei dati sul fenomeno per collaborare all'attività di monitoraggio;
- Partecipare ad iniziative coordinate con altri soggetti firmatari del protocollo ed effettuare azioni di prevenzione e di educazione;
- Partecipare alla progettazione e organizzazione di specifici corsi finalizzati all'ampliamento e alla specializzazione del patrimonio di conoscenza e di esperienza degli operatori per creare "esperti" della "rete" dei servizi.

In questi anni l'Azienda ha organizzato corsi formativi interprofessionali sul tema "violenza domestica di genere" presso i diversi distretti (rivolti a professionisti sanitari, sociali, appartenenti alle forze dell'ordine, all'associazionismo ecc.) coinvolgendo circa 248 operatori.

L'AUSL di Modena ha istituito un gruppo di lavoro composto da medici ed infermieri presenti nelle diverse articolazioni di Pronto Soccorso aziendali ed individuati dalla Direzione di Presidio, con l'obiettivo di migliorare le modalità di accoglienza e di ascolto delle donne maltrattate ed individuare percorsi condivisi per il monitoraggio del fenomeno. È stata avviata una specifica formazione per i professionisti del Pronto Soccorso con lo scopo di rafforzare la sensibilità del personale, migliorare l'approccio relazionale e renderlo più empatico con le vittime, per conoscere e saper utilizzare in modo più efficace la "rete" dei servizi che interagiscono con l'ospedale.

Una formazione analoga è stata effettuata con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta ed ha coinvolto circa 250 professionisti.

I contenuti del Piano Strategico di contrasto alla violenza femminile e le relative azioni sono state inserite all'interno dei Piani distrettuali per la salute e il benessere.

È in atto in Azienda un'attività di collaborazione con diverse strutture operative territoriali per la stesura di uno

specifico protocollo per la violenza sessuale ed un'attività di screening correlata alla individuazione precoce della violenza in gravidanza.

La formazione rappresenta un aspetto fondamentale ed irrinunciabile per i professionisti coinvolti in percorsi di cura e di aiuto nelle situazioni di violenza contro le donne.

Un processo formativo si connota nello specifico per la capacità di attuare una trasmissione di conoscenze, di valori, di principi che mirano a produrre non solo un "sapere" e un "saper fare" ma soprattutto un "saper essere" ben preciso, poiché interviene in maniera finalizzata nella cultura degli operatori e l'arricchisce attraverso un apprendimento consapevole.

La formazione che riguarda la "rete" territoriale coinvolta sul tema della violenza ha un ruolo strategico, perché oltre ad approfondire il fenomeno nelle diverse implicazioni sociali, sanitarie, normative ecc., deve essere in grado di potenziare una capacità trasversale di accoglienza alle donne saper migliorare la presa in carico attuale, specificare "chi fa che cosa". Deve essere capace di individuare fattori di rischio ed indicatori, predisporre protocolli/procedure che supportino l'operatività concreta. Questa attività favorisce nei professionisti sanitari la possibilità di inserire la violenza all'interno della pratica clinica, riconoscendole il ruolo di possibile co-fattore eziologico e di rischio.

Deve essere favorita la creazione di una rete "calda" in cui i diversi "nodi" che rappresentano le istituzioni/associazioni che interagiscono, siano in grado di riconoscersi, saper comunicare ed anche riflettere sui reciproci pregiudizi.

I medici di base e i pediatri di libera scelta si trovano ad occupare un ruolo molto importante rispetto al tema in oggetto, poiché sono nella strategica posizione di poter valutare anche nel tempo, la violenza nella sua gravità e reiterazioni, perché usufruiscono di un rapporto fiduciario e di continu-

ità ed hanno diverse occasioni per fornire alle donne tutti i consigli e le informazioni che possono loro essere utili.

La “rete” territoriale deve essere oggetto di frequente “manutenzione” e resa solida per sostenere e saper proteggere le donne, favorire in loro la consapevolezza che è possibile intraprendere percorsi di uscita dalla violenza.

Farsi carico dei bisogni di salute, significa come già richiamato, occuparsi delle “vittime”, le donne e i bambini che subiscono o assistono in primis alle azioni violente, ma anche prendersi cura degli autori, tema a proposito del quale il nostro paese evidenzia un arretratezza enorme in Europa nonostante sia stato sancito nel 2005 dal Consiglio d’Europa e dalla recente Convenzione di Istanbul.

Per un’Azienda sanitaria, porre attenzione a questi temi, significa assumersi appieno la responsabilità di occuparsi del benessere collettivo, che riguarda tanto chi è vittima di comportamenti violenti, tanto chi li compie.

Moralmente sembra essere più accettabile occuparsi di chi è in una condizione di svantaggio anziché di chi ne è il responsabile e si è abituati a pensare che la “cura” messa in atto in un contesto sanitario debba richiamare sempre un atto medico. Il significato prevalente di “cura” è: “attendere ad un’attività con diligenza, con impegno, occuparsene attivamente” mentre un altro termine che compare spesso in ambito sanitario, è quello di “guarigione”.

Quest’ultimo non comporta necessariamente la completa scomparsa dei sintomi e del malessere, e non riguarda sempre e solo un costrutto clinico: per alcune persone “guarire” significa imparare a fronteggiare le difficoltà, guadagnare controllo sulla propria esistenza, raggiungere i propri obiettivi, sviluppare le proprie abilità.

A monte dell’apertura del Centro LDV, Liberiamoci dalla Violenza, Centro di accompagnamento al cambiamento per uomini, il primo Centro gestito da un’istituzione pubblica

nel nostro paese e nello specifico dall' Azienda USL di Modena, è stata svolta una elaborata ricerca sulle metodologie messe in atto in altri paesi e la realizzazione di un'indagine condotta all'interno degli Istituti Penitenziari di Modena e di Reggio Emilia con uomini detenuti per problematiche legate alla violenza domestica e con uomini seguiti dai Servizi territoriali di Modena.

L'obiettivo era mettere a fuoco i loro vissuti rispetto al rapporto tra i generi e sentire il loro punto di vista rispetto a possibili percorsi di trattamento per autori di comportamenti violenti.

Sono stati inoltre effettuati dei focus group con i rappresentanti maschili e femminili dei servizi/associazioni della "rete" territoriale che hanno evidenziato l' esistenza di profondi pregiudizi legati al "genere" anche tra gli "addetti ai lavori" e che se non affrontati rischiano di avere incongruenze nell'approcciarsi al problema e nell'organizzazione delle attività e nell'erogazione delle prestazioni necessarie.

RISULTATI

L'apertura del Centro Liberiamoci della Violenza (LDV) in accordo con la Regione Emilia Romagna con il carattere di sperimentazione, è avvenuta il 2 dicembre 2011 ed ha avuto indubbiamente un significato "politico" per l'AUSL nel senso che si è assunta un impegno "pubblico" verso la propria comunità.

Quello attivato nei riguardi degli uomini autori di violenza è un prendersi "cura" di loro non in quanto "malati", ma in quanto persone. Attraverso LDV sono messi in campo interventi di prevenzione e trattamento affinché gli uomini che vi accedono possano acquisire la consapevolezza di avere un problema accettando di assumersene appieno le responsabilità. Questo lavoro offre anche l'opportunità per chi lo svolge, di effettuare varie riflessioni tra cui quella di impa-

rare a riconoscere negli uomini che si prendono in carico e forse indirettamente anche in noi stessi, le radici della violenza o le tentazioni del maltrattante.

L'entità e l'estensione del fenomeno della violenza maschile dovrebbero renderci evidente che non è possibile attribuire ad un così esteso numero di persone una patologia individuale. Certamente è lecito parlare di disagio in senso più ampio, di ambivalenza, di un non sentirsi bene con se stessi e o con gli altri. Quello che viene manifestato è un mal-essere non solo collocabile nella psiche di un individuo, ma che si evidenzia contemporaneamente come una problematica di natura personale, relazionale sociale e culturale che rimanda ad una lettura più ampia e complessa. È risaputo peraltro che i fenomeni psichici e culturali si richiamano e si costituiscono reciprocamente. Prendersi cura di questi uomini, comprendere il loro vissuto e il loro disagio, della loro definizione della situazione non significa dividerla o essere comprensivi verso chi ha commesso un reato.

“Curare” gli uomini autori di violenze in ambito familiare, per LDV significa liberare le donne da un compito che in molte ritengono essere di loro responsabilità: “forse io non ho saputo aiutarlo abbastanza”, “forse aveva ragione lui a picchiarmi, non valgo niente”, “forse lo faceva davvero per il mio bene”.

È importante il riconoscimento e la presa di coscienza verso la violenza commessa, un'assunzione di responsabilità verso i comportamenti agiti nei confronti delle partner e anche dei figli anche quando si ritiene che questi non abbiano assistito alle violenze, nonché il ripensamento riguardo ai vissuti e alla storia personale. In assenza di questo lavoro si può consolidare rimozione e risentimento, situazioni queste che possono favorire recidive di comportamenti violenti.

Lavorare secondo questo obiettivo significa concorrere a proteggere le donne e a tutelare i loro figli che è l'obiettivo

prioritario di tutte le attività rivolte a contrastare la violenza di genere nelle relazioni d'intimità, obiettivo prioritario anche per il Centro LDV.

L'accesso degli uomini presso LDV, la cui sede è collocata presso un Consultorio Familiare luogo simbolo nel nostro contesto delle lotte al femminile per il riconoscimento di diritti, ma anche luogo "sociale", non stigmatizzato in senso "clinico", avviene su base volontaria. Vi si può accedere direttamente al venerdì pomeriggio, esiste una linea telefonica giornaliera dedicata. Per verificare se è possibile attivare un percorso terapeutico, per valutare l'esistenza di motivazioni al cambiamento e la presenza di altri essenziali caratteristiche, vengono effettuati tre colloqui preliminari.

Nel Centro LDV lavorano tre psicologi/psicoterapeuti uomini che hanno effettuato una formazione specialistica con gli esperti del Centro ATV di Oslo (Alternative To Violence) che vanta un'esperienza trentennale nel lavoro su questo tema e di cui è stato assunto il modello di trattamento che si esplica attraverso 4 fasi di lavoro a livello individuale o attraverso terapia di gruppo.

Finora presso il Centro LDV, sono stati presi in carico 80 uomini (349 sono le persone che hanno contattato il Centro in vario modo: per telefono, mail ecc: tra esse sono comprese diverse persone a vario titolo interessate, partner: professionisti ecc. per richiedere informazioni).

Gli uomini in carico al Centro hanno un'età compresa tra i 27 e i 65 anni, un titolo di scuola media superiore, diversi di loro sono laureati, svolgono varie professioni: sono operai, impiegati, insegnanti, dirigenti, medici, disoccupati, coniugati o separati, metà di loro hanno subito una denuncia da parte della partner per le azioni violente compiute e la quasi totalità sono padri.

Per i figli, essere coinvolti nella violenza che caratterizza il rapporto di coppia dei genitori, può avere impatti molto

diversi a seconda dell'età, del grado di sviluppo e dell'entità della problematica vissuta. Sapere che il proprio padre sta cercando di cambiare e di cessare i comportamenti violenti, può essere per loro un messaggio estremamente positivo e di speranza.

CONCLUSIONI

La violenza ha elevati costi umani e sociali che bisogna iniziare a “misurare” per renderci conto, se mai ce ne fosse bisogno, che è necessario lavorare per la sua prevenzione in tutti i contesti particolarmente in quelli educativi e scolastici e sensibilizzare i professionisti che si trovano a dover gestire le conseguenze di comportamenti violenti. Lavorare con gli autori di violenza è possibile, è necessario che si sviluppino buone prassi e si consolidino metodologie di trattamento sostenute da formazioni adeguate, all'interno di un contesto nazionale molto variegato in cui deve restare prioritario il potenziamento del lavoro di protezione e di supporto delle donne e dei minori, in attesa di una legge organica e di adeguati finanziamenti che ci permettano di raggiungere almeno i livelli di minimi di sufficienza richiesti dagli standard europei.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Baldry Anna Costanza: *Dal maltrattamento agli omicidi. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*, Franco Angeli, Milano, 2008

Bowlby John: *Attaccamento e perdita*, Boringhieri, Torino, 1975

Bosi Alessandro, Manghi Sergio (a cura di): *Lo sguardo della vittima. Nuove sfide alla civiltà delle relazioni*, Franco Angeli, 2009

Bozzoli Alessandra, Merelli Maria, Ruggerini Maria Grazia: *Il Lato oscuro degli uomini. La violenza maschile contro le donne: modelli culturali di intervento*, Ediesse, Roma, 2013

Ciccone Stefano: *Essere maschi . Tra potere e libertà*, Rosenberg & Sellier, Torino, 2009

Corradi Consuelo (a cura di): *I modelli sociali della violenza contro le donne. Rileggere la violenza nella modernità*, Franco Angeli, Milano, 2008

Creazzo Giuditta, Bianchi Letizia: *Uomini che maltrattano le donne: che fare? Sviluppare strategie d' intervento con uomini che usano violenza nelle relazioni d' intimità*, Carocci, Roma, 2009

Merzagora Bestos Isabella: *Uomini violenti. I partner abusanti e il loro trattamento*, Raffaello Cortina, Milano, 2009

Rakil Marius: *Gli uomini violenti sono padri abbastanza buoni?* in Medico e bambino, n. 22, 2003, pp. 542-545

Romito Patrizia, Melato Maura (a cura di): *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo*, Carocci, Roma, 20013

Watzlawick Paul, Beavin Janet Helmick e Jackson Don D.: *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971.

Conclusioni della giornata del Convegno

Salvatore De Franco

Presidente OMCeO Reggio Emilia

Maria Brini

Vice-Presidente OMCeO Reggio Emilia

IN QUESTA LUNGA ED INTENSA GIORNATA abbiamo affrontato il tema della violenza alle donne seguendo in pratica la metodologia che siamo abituati a seguire come medici e, come sottolineato dal titolo, ribadire l'importanza e il dovere etico di rilevare i segni, il valore di una attenta semeiotica sulle pazienti, e da qui continuare con l'analisi approfondita dei dati, l'epidemiologia, la protezione e la possibilità di interventi terapeutici, ma.... non è facile trarre delle conclusioni.

Possiamo dire di avere imparato tanto, di aver colto il valore della motivazione, dell'empatia, dell'impegno anche deontologico messi in campo dai relatori della giornata: abbiamo imparato com'è complessa e stimolante la lettura storica della violenza alle donne che parte dalla complessità stessa della collocazione del femminile nella lunga storia dell'uomo. In alcuni momenti di questa giornata sembrava di ascoltare lunghi dibattiti tra Socrate e Aspasia, di sentire Platone che

poi, per i concetti introdotti nella “Repubblica”, si meriterà il titolo di antesignano del femminismo, e persino Ippocrate che spiegava in modo scientifico ai suoi allievi la diversità tra l'uomo e la donna. Attraverso tempi così lontani e culture così diverse ci troviamo nel presente, quando finalmente il femminile si colloca in un contesto di uguali diritti, di riconquista della parola, di conquista e difesa di dignità e parità per la realizzazione dei diritti di tutti.

Abbiamo colto che la violenza, questa piaga della società moderna, oltre ai gravi danni che si manifestano al momento stesso in cui è agita, causerà, nella donna che ne è vittima, danni meno appariscenti, che si manifesteranno più tardivamente, ma che saranno, spesso, irreversibili. Questi danni a carico della salute fisica e psichica sono ormai dimostrati da numerosi ed autorevoli lavori scientifici, e i dati, raccolti sempre più in modo sistematico e coordinato, ci permetteranno di valutare correttamente l'estensione del fenomeno, in gran parte ancora sommerso.

Abbiamo potuto apprezzare che le organizzazioni internazionali mettono grande impegno nel diffondere i dati del fenomeno violenza all'interno della lotta per l'uguaglianza di diritti, fornendo chiari indirizzi e proposte sui temi della violenza, linee guida emanate per indirizzare e svegliare anche i paesi più sordi su questo tema che devono approvare ed applicare le indicazioni e le proposte.

Per raggiungere risultati positivi lo sforzo che viene indicato è di integrare le varie fasi dell'intervento sul fenomeno, dall'attività di accoglienza di chi ha subito violenza (attraverso il potenziamento delle strutture di accoglienza che dovranno curare anche il reinserimento delle vittime), alla necessità di riconoscerla tempestivamente (realizzando una adeguata formazione degli operatori), alla comunicazione con la paziente, importante leva nel momento di rilevazione della violenza, alla relazione tra le varie figure e le va-

rie istituzioni che intervengono, figure sanitarie, psicologi e sociologi, avvocati, forze dell'ordine, tutte le competenze che affrontano la violenza nei vari aspetti, anche economici, minacce di violenza attraverso minacce di discriminazioni e rivalse economiche.

Occorre riconoscere che i danni della violenza ricadono oltre che sugli aspetti fisici e psichici della salute, anche sulla qualità di vita sociale, di relazione, di realizzazione dei propri progetti di vita a cui tutti abbiamo diritto di poter aspirare. Ma su questo occorre crescere in consapevolezza e le donne per prime dovranno avere coscienza che uguaglianza e rispetto dei diritti fondamentali di tutti sono alla base della società civile e non si possono chiudere occhi ma nemmeno abbassare palpebre. Possiamo cogliere un fil rouge tra la storia della singola donna che ha subito violenza e la violenza silenziosa a tutte le donne nella storia, tra la presa di coscienza e il desiderio di libertà ed uguaglianza espresso dai movimenti nazionali e internazionali per le pari dignità. Infatti su questo fortunatamente si stanno compiendo grandi passi in avanti, assistiamo sempre più ad azioni positive, sta facendosi strada la consapevolezza che le donne sono ancora sì vittime di violenza ma stanno recuperando dignità e conquistando protagonismo sia sulla strategia individuale che collettiva di riportare la questione della violenza ad un valore sociale positivo di relazione maschile/femminile e ad uguale dignità dei diritti nei due sessi. Questi movimenti sono persino stati in grado di modificare le agende di alcuni governi riportando ai primi posti la necessità di intervenire sulla violenza alle donne, hanno sensibilizzato l'opinione pubblica anche sulla violenza alle donne nel corso dei conflitti e a richiamare l'attenzione per sconfiggere un'altra violenza di tipo ancestrale come le mutilazioni genitali femminili.

Ma tornando al tema centrale di oggi sui compiti di noi

medici che, spesso insieme ad altre figure ed in diversi contesti (nei Servizi di Pronto Soccorso, nei Servizi di Urgenza territoriali, negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, nei vari reparti ospedalieri) vediamo per primi i segni di violenza su una donna, dobbiamo essere preparati, consapevoli, allertati, in grado di agire come dice il presidente Amedeo Bianco. Anche il codice di Deontologia Medica, nella versione del 2014 ci richiama a questo dovere etico:

ART. 32

DOVERI DEL MEDICO NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI FRAGILI

Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita.

Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale.

Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente.

Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

Quindi questo “dovere etico” implica per il medico competenze e conoscenze professionali anche diverse secondo specialità e percorsi formativi diversi e complementari.

Ma siamo preparati ad affrontare compiutamente questa problematica?

Siamo consapevoli della necessità di interagire continuamente ed integrare le nostre azioni con altri attori di questa attività indirizzata alle donne vittime di violenza?

Abbiamo sentito dagli interventi dei relatori e dalle domande dei convenuti più volte ribaditi questi messaggi che potrebbero diventare programmi di lavoro con le seguenti *parole chiave*.

FORMAZIONE:

- come formazione a tutti i medici, come acquisizione di competenze generali e specifiche , come capacità di cogliere sentinelle del fenomeno violenza, come saper cogliere aspetti diversi a seconda di dove siamo e che ruolo svolgiamo, sapere comunicare ai pazienti che ci siamo e che possiamo dare ascolto, anche utilizzando mezzi comunicativi rivolti al pubblico, poter dare indicazioni e servizi cui rivolgersi, ed anche corretta certificazione quando prevista e tanto altro
- come formazione di tutte le figure professionali coinvolte, che significa formazione *insieme*, perché negli interventi che richiedono attività multi professionali, come in tanti ambiti della professione medica dove la centralità dell'intervento è la Persona, viene sempre più richiesta la formazione insieme
- come mezzo di prevenzione, sui giovani e quindi nelle scuole di ogni ordine e grado per avviare il cambiamento culturale, in tutte le sedi dove si praticano attività sportive, dove ci si incontra per trascorrere il tempo libero, onde ribadire il valore del corpo in armonia ed equilibrio con lo spirito.

RETE:

senza una vasta rete tra le istituzioni, il mondo del volontariato e la politica non si potrà giungere a una condivisione e sinergia sugli obiettivi; si parcellizzeranno le iniziative e si annulleranno gli sforzi dei singoli. La politica e le Istituzioni dovranno mettere l'impegno economico e sociale correggendo il modo di investire risorse e ricordare che prevenire la violenza è un investimento per il futuro.

INTEGRAZIONE:

sapere integrare modelli che sembrano a prima vista inconciliabili tra loro, ad esempio gettare un ponte tra il modello sanitario d'accoglienza ormai avanzato da molte parti e la cultura giuridica in modo che l'assistenza alla donna che ha subito violenza comprenda sia l'azione sanitaria che le azioni giuridiche finalizzate ad ottenere rispetto dei diritti ed adeguata assistenza legale e sociale.

AZIONI:

una delle proposte di grande rilevanza che è emersa oggi che venga correttamente diffusa la pratica della raccolta dati sulla violenza e che ogni medico di medicina generale registri il problema violenza nella cartella clinica contribuendo in questo modo alla corretta individuazione, registrazione e gestione delle conseguenze della violenza.

DIVULGAZIONE DI CONOSCENZE, ESPERIENZE E COMPETENZE:

sarebbe sbagliato che in una gara per arrivare per primi non si valorizzassero e sfruttassero le esperienze compiute da altri, che si partisse ogni volta da zero vanificando e non seguendo la strada che altri prima di noi hanno tracciato a faticosi passi.

Anche sul tema delle conoscenze andrà posta maggiormen-

te l'attenzione di istituzioni, ma anche Società Scientifiche nazionali e internazionali perché favoriscano la diffusione delle conoscenze e la ricerca sull'epidemiologia, sulle cause e sulle conseguenze della violenza, per poter mettere in campo sistemi oltre che di assistenza, soprattutto di prevenzione del fenomeno violenza.

Potremmo concludere raccogliendo il messaggio forse più imperativo di questa giornata:

LA VIOLENZA È UN PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA
E PER RICONOSCERE, PREVENIRE, COMBATTERE
LA VIOLENZA, OCCORRE LAVORARE INSIEME
PER RESTITUIRE ALLA SOCIETÀ DIGNITÀ, SALUTE
E BENESSERE DELLE PERSONE CHE LA COSTITUISCONO.



LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*

Anno XV • Numero II - MMXIV

Presidente
Amedeo Bianco

Direttore responsabile
Eva Antoniotti

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"
Cosimo Nume (Coordinatore, Presidente OMCeO Taranto)
Nicolino D'Autilia (Referente C.C., Presidente OMCeO Modena)
Giancarlo Aulizio (Consigliere OMCeO Forlì Cesena)
Anna Rita Ecce (Consigliere OMCeO Cagliari)
Fausto Fiorile (Consigliere OMCeO Trento)
Bartolomeo Griffa (Consigliere CAO Torino)
Alessandro Innocenti (Presidente OMCeO Sondrio)
Santo Monastra (Consigliere OMCeO Napoli)



Editore
Fnomceo
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma

Finito di stampare nel mese di novembre 2014 con i tipi e gli impianti della
Cartostampa Chiandetti - Reana del Rojale (UD)

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della Fnomceo:
Fnomceo
Centro elaborazione dati
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma

