

Violenza di genere e traumatologia maxillo-facciale

Antonella Polimeni

Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali - DAI Testa-Collo - "Sapienza"
Università di Roma

INTRODUZIONE

Con la dichiarazione del 1993 le Nazioni Unite enunciano come violenza sulle donne "ogni atto di violenza in base al sesso che produca danni o sofferenze fisiche, sessuali, psicologiche, coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata". La battaglia contro la violenza quotidiana sulle donne comincia con il rispetto rigoroso e intransigente del principio di parità e di uguaglianza ovunque e sotto qualsiasi latitudine. La violenza e l'abuso colpiscono una donna su quattro nella sua vita.

EPIDEMIOLOGIA IN ITALIA

La conoscenza dei dati epidemiologici in Italia, seppur parziale, consente una migliore comprensione del fenomeno nelle varie realtà culturali e sociali nonché la messa a punto di piani di intervento di pari opportunità di genere attraverso misure di sostegno.

Fonti di riferimento sono rappresentate da archivi giudiziari, archivi di forze dell'ordine e centri di accoglienza delle donne maltrattate (Paci 2000; Reale 1998; Adami 2000).

Un primo studio è stato condotto dall'Istat tra settembre del 1997 e gennaio del 1998. Si tratta di un'indagine telefonica a campione limitata a molestie e violenze sessuali. Mancano, invece, dati sui maltrattamenti e la violenza domestica. Si trattava di un campione di circa 24.064 donne tra i 14 e i 59 anni equamente distribuite sul territorio italiano. Da uno studio successivo del 2006 condotto su 25000 donne emergeva che il 31% del campione è stata vittima di violenza nel corso della vita e che la quasi totalità delle violenze domestiche non viene denunciata.

Nell'ambito di un progetto attivo dal 2010 di Soccorso Emergenza Codice Rosa dell'Azienda Policlinico Umberto I della "Sapienza" Università di Roma si sono realizzate delle Linee Guida per l'attuazione del soccorso prevedendo un addestramento mirato degli operatori sanitari mediante corsi dedicati.

Il triage prevede l'individuazione immediata della paziente vittima di violenza, la sua assistenza immediata attraverso una visita medica accurata con esame anamnestico, registrazione dei dati clinici rilevati, esami strumentali e consulenze specialistiche. Nella ricerca delle lesioni traumatiche verranno rilevate escoriazioni, contusioni, graffi, bruciate, ematomi, fratture. Le localizzazioni vanno ricercate a livello della testa e del collo, del naso e della cavità orale. Se la vittima non necessita di ricovero o accoglienza presso il centro antiviolenza, viene rinvia a domicilio inducendola a contattare familiari che possano ospitarla.

FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Da qui si evince l'importanza della formazione del personale sanitario su questo tema. Imparare ad ascoltare e ad individuare atteggiamenti e segni sospetti aiutano a svelare molte vittime mascherate.

Secondo la guida per la salute pubblica del NICE (National Institute Health and Care Excellence), pubblicata il 26 febbraio del 2014 (Torjesen 2014; NICE 2014), ogni anno nel Regno Unito il 7,4% delle donne subiscono violenza o abuso domestico e il 30% delle donne la subiscono almeno una volta nel corso della loro vita.

Alla base delle raccomandazioni del NICE vi è la formazione dei professionisti della salute.

Questi sono generalmente poco preparati e formati nella gestione della violenza domestica.

I livelli di formazione raccomandati sono 4:

Livello 1: rivolto alle figure ausiliarie dello studio medico (segreteria, assistenti) e spiega come reagire in modo sensibile ad una comunicazione di violenza domestica subita e come indirizzarla a servizi specialistici;

Livello 2: rivolto a medici, infermieri e staff di servizi di ambulanza e di servizi sociali. Insegna come formulare domande relative alla violenza domestica in modo da facilitare l'apertura della vittima e ad inviarli a servizi specialistici;

Livello 3 e 4: sono per i servizi specialistici e sono indirizzati allo staff di salvaguardia e agli esperti di violenza domestica rispettivamente.

Gene Feder, presidente del gruppo di sviluppo delle Linee Guida NICE, afferma “Quello che vogliamo veramente ottenere dal training è la **competenza da parte dei professionisti della salute nel fare domande relative agli abusi**, poiché è molto difficile per la vittima confidarsi spontaneamente. Vogliamo che la risposta sia appropriata e di sostegno. Vogliamo che siano in grado di offrire un rinvio al supporto specialistico per la violenza domestica”.

La **formazione deve essere di tipo frontale** piuttosto che on-line perché deve consentire la pratica della “capacità di domanda”.

La formazione deve includere la diffusione dell'informazione per i professionisti della salute sulla **esistenza di servizi specializzati per la violenza domestica**.

Altra raccomandazione del NICE è rivolta ai **Direttori Sanitari** e sottolinea l'importanza di creare questi servizi specializzati.

Le Linee Guida NICE affermano che il costo della violenza domestica in termini umani ed economici è così elevato che anche interventi solo marginalmente efficaci hanno importanti ricadute sui costi.

RELAZIONE TRA TRAUMI MAXILLO-FACCIALI E VIOLENZA DI GENERE

Le lesioni oro-facciali da violenza o maltrattamento da partner rappresentano un grave problema di salute pubblica.

La violenza da partner intimo (Intimate Partner Violence o IPV) si riferisce ad atti di abuso fisico, sessuale o emozionale da parte di un partner intimo attuale o passato, coabitante o no. Dal 2002 è riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della Salute come un problema di Salute Pubblica. (Krug 2002; WHO 2013).

Negli Stati Uniti il CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ha effettuato nel 2010 il “National Intimate Partner and Sexual Violence Survey” (NISVS) basato su un campione rappresentativo della popolazione americana composto da 16507 adulti (9086 donne e 7421 uomini). Questo survey ha raccolto informazioni relative a fenomeni di violenza sessuale, stalking e IPV (Black 2011). Infatti, nel 2014 è stato pubblicato il report “Intimate Partner Violence in the United States” basato sui dati raccolti nel NISVS del 2010. L'IPV è un problema di salute pubblica di significativa importanza che ogni anno ha un impatto negativo su milioni di donne negli Stati Uniti. Riguarda principalmente le donne, le minoranze etniche e razziali, le minoranze sessuali e le fasce a basso reddito (Breiding 2014)

Circa il 40% delle lesioni fisiche correlate all'IPV riguardano le regioni della testa del collo e della faccia. Le lesioni del distretto testa-collo-faccia sono quindi considerate un indicatore significativo della IPV (Muelleman 1996; Monahan 1999; Wu 2010).

Una donna che richiede un approccio e trattamento per lesione facciale ha una probabilità su tre di essere vittima di violenza e abuso. I chirurghi maxillo-facciali sono spesso gli unici professionisti a diagnosticare traumi oro-facciali del distretto testa-collo associati a episodi di IPV.

Di qui il ruolo del riconoscimento delle lesioni testa-collo come marcatori di IPV e ruolo delle stesse come strumento di diagnosi precoce di IPV e conseguente rinvio a terapie d'intervento (Halpern 2010).

Da diversi studi riportati in letteratura i traumi maxillo-facciali associati a IPV sulle donne si registrano nel 50,4% dei casi e la porzione più colpita è rappresentata nel 60,6% dei casi dal terzo medio del viso. La lesione più comune, 87% dei casi, è quella a carico dei tessuti molli: contusione, abrasione e lacerazione (Saddki 2010).

In uno studio del 2011 sulla prevalenza delle fratture maxillo-facciali associate a violenza domestica emergeva che i traumi alla regione maxillo-facciale da violenza domestica sono solitamente rappresentati nel 38% dei casi da frattura alla mandibola, nel 29% dei casi da frattura dentale, nel 21% dei casi da frattura allo zigomo e nel 12% da frattura nasale.

Tra i traumi dentari il 45% erano fratture della corona, il 36% frattura della radice, il 17% sublussazioni e il 2% intrusioni (Hashemi 2011).

Diversi studi rilevano che l'esperienza di maltrattamento delle donne si ripercuote verso i propri figli attraverso varie forme di maltrattamento definite come “children abuse and neglect” che includono oltre all'abuso fisico sui minori anche l'abuso psicologico o la patologia delle cure o incuria. La

negligenza della salute oro-dentale, associata a segni clinici di scarsa igiene orale e a più alta prevalenza di Early Childhood Caries (ECC) nei bambini abusati rispetto alla popolazione generale, rappresenta un segno importante nell'identificare situazioni generali di negligenza (Montecchi 2009).

Questo racchiude il concetto di violenza assistita in una forma di violenza indiretta laddove il bambino percepirà gli effetti negativi della violenza assistita intrafamiliare.

Di qui il ruolo delle istituzioni nel promuovere programmi educazionali che forniscano servizi di salute orale finalizzati a migliorare la salute oro-dentale di donne e bambini vittime di abuso attraverso un'attiva collaborazione tra centri antiviolenza, strutture sanitarie e reti nazionali antiviolenza.

BIBLIOGRAFIA

- (Adami 2000) Adami C. "Violenza sessuale e relazioni violente. Le rilevazioni nei servizi con orientamento di genere", in "Libertà femminile e violenza sulle donne", ed. Angeli, 2000.
- (Breiding 2014) Breiding MJ, Chen J, Black MC. "Intimate Partner Violence in the United States – 2010". National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention 2014.
- (Halpern 2010) Halpern LR. "Oralfacial injuries as markers for intimate partner violence". *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010 May;22(2):239-46.
- (Hashemi 2011) Hashemi HM, Beshkar M. "The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence – a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran". *Dental Traumatology* 2011;27:385–388.
- (Krug 2002) Krug E, Dahlberg I, Mercy J, Zwi A, Rafael L. "World Report on Violence and Health". Geneva: World Health Organization; 2002.
- (Monahan 1999) Monahan K, O'Leary KD. "Head injury and battered women: an initial inquiry". *Health Soc Work* 1999, 24(4):269–278.
- (Montecchi 2009) Montecchi PP, Di Trani M, Sarzi Amadè D, Bufacchi C, Montecchi F, Polimeni A. "The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence". *European Journal of Paediatric Dentistry*. Vol 10/4 2009.
- (Muelleman 1996) Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. "Battered Women: Injury Locations and Types". *Ann Emerg Med* 1996, 28(5):486–492.
- (NICE 2014) National Institute for Health and Care Excellence. "Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively". NICE public health guidance 50. Feb 2014. www.nice.org.uk.
- (Paci 2000) Paci D, Romito P. "Trattamenti o maltrattamenti? Gli operatori Sociosanitari di fronte alle donne che hanno subito violenza", in "Violenze alle donne e risposte delle istituzioni", ed. Angeli, Milano 2000.
- (Reale 1998) Reale E et al. "Stress e vita quotidiana della donna: un'indagine sperimentale sui rischi di malattia", CNR, Roma, 1998.
- (Saddki 2010) Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. "Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women". *BMC Public Health* 2010, 10:268.
- (Torjesen 2014) Torjesen I. "Doctors need training to respond to domestic violence, NICE guidance says". *BMJ* 2014; 348.
- (WHO 2013) World Health Organization. "Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines". World Health Organization, editor. Geneva: WHO Press; 2013.
- (Wu 2010) Wu V, Huff H, Bhandari M. "Pattern of Physical Injury Associated with Intimate Partner Violence in Women Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Trauma Violence Abuse* 2010, 11(2):71–82.