

# REQUISITI MINIMI DI UN INTERVENTO SANITARIO PER LE VITTIME DI VIOLENZA FAMILIARE

Elvira Reale, Psicologa, direttore UOC di psicologia Clinica ASL Napoli 1 Centro  
Simona Piemontese, Psicologa, Associazione Salute Donna

PAROLE CHIAVE: medicina di genere - violenza contro le donne - servizi sanitari - requisiti intervento

## 1. La violenza di genere

Il tema della violenza di genere contro le donne (di un genere - quello maschile - sull'altro genere) è una questione di salute sottovalutata ancora oggi dalle istituzioni sanitarie nonostante le indicazioni di vari organismi internazionali e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tutte queste istituzioni concordano sul fatto che la violenza domestica, e per essa intendono la violenza del partner (*Intimate partner violence*), è la violenza più diffusa nel mondo con maggiori effetti a lungo termine per la salute della donna e dei minori testimoni. Tutte le istituzioni concordano sull'incipit della violenza come definito nel 1993 dalle Nazioni unite, ed oggi in Europa confermato dalla Convenzione di Istanbul<sup>1</sup>.

Secondo le stime dell'American Medical Association, le donne maltrattate che arrivano ai servizi sanitari sono molte, un numero impressionante: dal 22 al 35% tra quelle che si rivolgono al pronto soccorso generale; il 23% delle donne con parto prematuro; 1/5 delle donne che portano i bambini al P.S.; 1/2 delle donne con bambini abusati; il 25% delle donne che tentano il suicidio ed il 25 % delle donne che utilizzano i servizi di psichiatria.

In termini generali, una donna su quattro, nel corso della sua vita, subisce violenza. Una donna su sette, nell'ultimo anno, ha subito violenza.

Questi dati sono allarmanti e spingono ad una riflessione su quanto cammino sia ancora necessario fare nella lotta al contrasto della violenza sulle donne.

## 2. Introdurre l'ottica di genere nella medicina è una priorità

Se da un lato abbiamo ampi studi e ricerche che testimoniano l'alto tasso di incidenza di violenza nella vita della donna, dall'altro gli effetti di questa violenza non sono resi sufficientemente visibili all'interno delle strutture sanitarie, in termini di danni fisici e psichici. Le donne, all'arrivo nei Pronto Soccorso, continuano a parlare di incidenti domestici e gli operatori sanitari accettano le versioni più fantasiose ed improbabili di questi incidenti; ancora, negli ambulatori specialistici non viene rivolta alcuna attenzione a questo aspetto della vita quotidiana che spesso è responsabile della cattiva salute delle donne; così come nei dipartimenti di salute mentale non si giunge in modo sistematico ad una valutazione del collegamento tra disturbi psichici (depressione in particolare) e possibile violenza subita.

Nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità sia diventata molto rigorosa nell'indicare le conseguenze della violenza sessuale e della violenza del partner (*Intimate partner violence*), manca ancora l'introduzione di protocolli e linee guida standardizzate in alcuni settori caldi della medicina (ginecologia, ortopedia, gastroenterologia, cardiologia, psichiatria e psicologia).

La medicina di genere (gender oriented) ha messo in luce i pregiudizi della scienza medica ancora molto legata ad una visione della salute delle donne come essenzialmente biologico-riproduttiva ed estranea a fattori di rischio ambientali e relazionali, come la violenza appunto (Reale, 2003). Manca per questo la capacità di guardare alla violenza come un potente fattore eziologico e di rischio per la salute della donna e di riconoscere i costi economici e sociali dell'abuso stimati come elevatissimi (Centers for Disease Control and Prevention , 2003).

## 3. Le conseguenze della violenza sulla salute

Se il campo medico, ancora invischiato in una serie di pregiudizi sul genere femminile,

---

<sup>1</sup> Nella dichiarazione del 1993 delle Nazioni Unite per l'eliminazione della violenza contro le donne e nella Convenzione di Istanbul (oggi legge dello stato italiano n.77 del 27.06.2013) si legge: "la violenza contro le donne è una manifestazione delle relazioni di potere storicamente disuguali tra uomini e donne, che ha portato alla dominazione e alla discriminazione contro le donne da parte degli uomini e ha impedito il pieno avanzamento delle donne; la violenza contro le donne è uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini".

non si mostra ancora investito dalle prospettive critiche di una medicina di genere e tarda a responsabilizzarsi sul tema del riconoscimento della violenza nelle sue indagini cliniche, esistono al contrario evidenze scientifiche che mostrano come, in donne vittime di violenza, si rilevi, con maggiore frequenza, la presenza di determinati disturbi fisici e psichici (World Health Organization, 1996).

I danni psichici e comportamentali individuati dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e da tutti i principali organismi internazionali sono i seguenti:

<b>Salute fisica e riproduttiva</b>	<b>Condizioni croniche</b>	<b>Salute mentale</b>	<b>Comportamenti insalutari</b>
Lesioni traumatiche Danni funzionali lacerazioni, fratture Scarsa cura di sé Inval. permanente Obesità	Dolore cronico Intestino irritabile Disturbi gastrointestinali Dolori somatici fibromialgia	Disturbi da stress Stati depressivi Ansia, fobie, attacchi di panico Disturbi ossessivo-compulsivi Disturbi del sonno Disfunzioni sessuali Disturbi dell'alimentazione Basa autostima Perdita del controllo Difficoltà di concentrazione	Tabagismo Abuso di alcool e droghe Comp. sessuali a rischio Inattività fisica Abuso alimentare
HIV e malattie sessual. trasmesse Infiammazione pelvica Dolore cronico pelvico Aborto spontaneo Gravidanza indesiderata Gravidanze a rischio Basso peso alla nascita			

Come si vede la violenza non lascia solo segni fisici. Spesso ben più profonde appaiono le ferite psichiche che la violenza, soprattutto quella intrafamiliare e del partner, produce. Tutte le ricerche sulle donne vittime di violenza riportano che le donne soffrono maggiormente per gli effetti che la violenza genera nella loro psiche più che sul loro corpo.

I sintomi psichici, sia transitori che a lungo termine, vengono individuati in tutte le ricerche svolte sulle conseguenze degli abusi e dei maltrattamenti sia fisici che psichici. Ed è un dato ampiamente riconosciuto che nelle donne vittime di violenza si producano sintomi psichici di rilevanza medica.

Esiste, quindi, una gravidanza del problema psichico, effetto principale e trasversale a tutte le situazioni di violenza.

La violenza sessuale e il maltrattamento hanno un impatto elevato sulla salute delle donne e, di conseguenza, sulla sanità pubblica. Il non riconoscimento della violenza come causa di malattia è uno dei fattori che favorisce l'elevata incidenza degli esiti a distanza.

Molte donne, dunque, si ammalano e non sanno riconoscere i motivi del loro star male. Chiedono un aiuto al medico, allo psichiatra, allo psicologo ed è competenza degli operatori far emergere dal silenzio le storie di violenza ed indicare i percorsi adeguati di uscita, individuando i danni fisici e psichici che sempre accompagnano la violenza subita, qualsiasi essa sia.

#### **4. Le donne vittime di violenza ricorrono frequentemente ai servizi sanitari**

Le donne maltrattate ricorrono ai servizi sanitari con una frequenza fino a cinque volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate. E il numero delle vittime che si rivolge ai presidi sanitari, in particolare a quelli di primo intervento e di emergenza (pronto soccorso e dipartimenti di emergenza) è nettamente superiore a quello delle donne che si recano alla polizia, ai consultori, ai servizi sociali e ai servizi messi a disposizione dal volontariato.

Non sempre, però, motivano il ricorso a cure mediche con le aggressioni subite. È facile capire, dunque, quanto la preparazione del personale medico, psicologico e infermieristico, sia cruciale nell'identificare, valutare ed indirizzare i casi, certi o possibili, di violenza.

L'intervento sanitario, se consapevolmente orientato alla ricerca ed alla individuazione degli eventi di violenza, può far emergere questa realtà sommersa e, meglio di altri interventi, può essere il punto di partenza per avviare un'organica risposta alla violenza anche sul piano psico – sociale interagendo con la rete territoriale e coinvolgendo (e facendosi coinvolgere)

anche il privato sociale e l'associazionismo femminile.

## 5. Cosa devono fare i servizi sanitari?

Alla luce di quanto sinora, brevemente, esposto, appare necessario (United Nations Population Fund, 2001):

- sensibilizzare e formare il personale sanitario verso la GBV (*Gender Based Violence*); sviluppare o procurarsi materiale sulla GBV; esporre il materiale informativo sulla GBV; dare informazioni sui centri di ascolto ed assistenza specifici (centri anti-violenza);
- formare i medici di specifici servizi; Fare lo screening su tutte le pazienti; documentare le risposte a tali domande; refertare le vittime di GBV e documentare l'abuso all'interno del referto, includendo anche i dettagli sull'abusante e sulle modalità dell'abuso; supportare e supervisionare il personale;
- fornirsi di in nuovo staff o formare quello già esistente per sviluppare una diagnosi approfondita della violenza che tenga conto dell'ottica della medicina di genere; facilitare il trattamento psicologico e altri tipi di cure per le vittime, offrendo riferimenti esterni e/o trattamenti in loco; costituire e formare servizi clinici dedicati alla valutazione ed al trattamento di GBV;
- identificare i punti di ascolto delle problematiche collegate alla violenza di genere all'interno del proprio servizio. In tal senso la presenza di uno sportello ascolto all'interno del Pronto Soccorso deve rappresentare una possibilità sia per la donna che per l'operatore sanitario che la prende in carico.

Tutto questo crea un'opportunità per la donna sia sul piano dell'informazione sia sul piano del trattamento; crea la possibilità di un'alternativa alla violenza, attraverso la rappresentazione di una via d'uscita concretamente praticabile<sup>2</sup>. Stiamo parlando, quindi, anche di integrazione e di collaborazione tra diversi operatori a favore delle donne e dei minori vittime di violenze; stiamo parlando della necessità, per gli operatori sanitari, di sviluppare un indispensabile lavoro di rete.

## 6. I requisiti minimi di un intervento sanitario: i 5 step dell'intervento<sup>3</sup>

La violenza contro le donne richiede che gli operatori mettano in atto interventi che si possono dispiegare in cinque step che rappresentano, all'interno della normale attività di valutazione clinica diagnostica e prognostica, un'operatività sanitaria minima focalizzata sulle vittime di violenza familiare (Reale, 2011).

Gli step, sono: 1. l'ascolto con la rivelazione/disvelamento della violenza ed il posizionamento della donna nel ruolo di vittima; 2. l'attività diagnostica e valutativa dello stato psico-fisico della vittima in connessione con il riferito sulle violenze patite, che deve inglobare la storia personale e l'anamnesi; 3. la documentazione di tutto quanto osservato ed ascoltato, con le attività di refertazione e segnalazione dovute per legge; 4. lo sviluppo della tutela e la valutazione del rischio per la vita; 5. il riferimento agli altri servizi e centri anti-violenza per il prosieguo delle attività terapeutiche e di accompagnamento processuale.

### ***Primo step: l'ascolto, la rivelazione della violenza (disclosure), l'atteggiamento supportivo***

L'ascolto degli operatori sanitari è il primo approccio a qualsiasi paziente per qualsiasi problema. La paziente va ascoltata, generalmente, nella sintomatologia, ma non solo, anche nelle possibili cause di questa sintomatologia. Ovvero l'operatore correttamente pone domande sul contesto in cui la sintomatologia si esprime. Ad esempio è assolutamente corretto che ad un lavoratore/lavoratrice che presenta una dermatosi l'operatore sanitario chieda e si informi sulle condizioni in cui si realizza la sua attività lavorativa. Per quanto riguarda la violenza, visto che essa ha effetti a largo raggio sulla salute, le organizzazioni internazionali indicano agli operatori sanitari di fare sempre domande su di essa, sia quando vi sia già un sospetto sia quando esso non vi sia ancora.

Le domande raccomandate da fare sono di due tipi: generali per introdurre l'argomento e specifiche sulla relazione di coppia da cui, in genere, provengono gli eventi più frequenti di

<sup>2</sup> Queste prassi hanno trovato applicazione in cinque anni di esperienza ottenuta con l'apertura dello sportello ascolto anti - violenza all'interno del Pronto Soccorso presso il Presidio Ospedaliero San Paolo di Napoli in collaborazione con le associazioni Arcidonna e Salute Donna di Napoli.

<sup>3</sup> I 5 step costituiscono una sintesi delle 10 fasi procedurali esposte da E. Reale (2011)

violenza.

Di seguito segnaliamo le domande suggerite dalle principali organizzazioni sanitarie internazionali.

<b>Domande generali</b>	<b>Domande specifiche</b>
“faccio questo tipo di domanda a tutte le pazienti perché la violenza familiare è un fenomeno sociale molto diffuso”; “so che ci sono molte donne che sono vittime di violenza e riteniamo che sia importante per noi parlarne con le pazienti”.	C'è qualcuno che fisicamente o emotivamente le fa del male o la minaccia? Il partner o ex partner la picchia? Il partner minaccia di farle del male o di far del male a qualcuno a lei vicino? Si sente controllata/isolata dal partner? Ha mai paura del suo partner? Si sente in pericolo? Si sente sicura a casa?

Una volta individuata nel primo colloquio, o nei successivi, una storia di violenza occorre che l'operatore si disponga mentalmente, in modo corretto, verso la vittima, senza veicolare pregiudizi e trattando questa vittima al pari di tutte le altre (vittime di disastri, di rapina, della criminalità).

Molto spesso al contrario diventa semplice incolpare la donna della violenza o non crederle perché il presunto assalitore è presente e sembra molto preoccupato e gentile. E sono molte le difficoltà che emergono nell'affrontare i sentimenti evocati dall'ascolto di una donna che descrive cosa le è stato fatto. Il medico può sentirsi impotente o inadeguato se non è in grado di fare qualcosa per fermare la situazione e se non è stato formato adeguatamente.

L'atteggiamento verso la donna deve rispondere perciò ai criteri di supporto verso le vittime in generale senza discriminare le vittime di violenza familiare dalle altre. Questo approccio è fondamentale per evitare che la donna si chiuda ed interrompa il suo percorso di uscita dalla violenza perché percepisce un atteggiamento di sfiducia e di biasimo nei suoi confronti.

<b>Per prima cosa, non colpevolizzare</b> Un atteggiamento non simpatico o di biasimo verso la vittima può rinforzare l'isolamento e l'auto accusa, minacciare la percezione di sé della donna e rendere meno semplice la ricerca di aiuto.	<b>Rispondere in modo supportivo:</b> – “Mi dispiace per ciò che le sta accadendo”. – “Nessuno merita di essere abusato. Lei non merita di esserlo. So che non è semplice per una persona che ci sta passando”. “Sono felice che sia riuscita a dirmelo. Penso che qui possiamo aiutarla. Ho bisogno di farle altre domande e di avere maggiori informazioni, in modo che poi possiamo decidere insieme le soluzioni migliori”.	<b>E poi:</b> essere competenti e professionali; credere al racconto; non minimizzare; riconoscere l'ingiustizia subita; non esporre la donna a rischi; informare sulle procedure; rispettare l'autonomia decisionale.
--	--	---

### ***Il secondo step: la valutazione dello stato fisico (lesioni, patologie fisiche da stress, ecc.) accompagnato dalla valutazione dello stato emotivo***

Dopo la fase dell'ascolto comincia il lavoro proprio dell'operatore sanitario in qualsiasi servizio esso sia situato. E' corretto, come in ogni altro intervento, fare la valutazione diagnostica appropriata sulla base della raccolta dei segni fisici e dei sintomi riportati dalla vittima e giungere in scienza e coscienza ad una ipotesi eziologica.

L'esame fisico deve essere condotto nella modalità indicata dall'OMS (World Health Organization ,2003) e ad esso va aggiunta l'analisi dello stato emotivo tenendo presente che la violenza si comporta da fattore stressante e, nei casi più frequenti, comporta una reazione da stress che va diagnosticata secondo le categorie abituali del DSM IV e (**American Psychiatric Association , 2000**) e dell' IC10 (**World Health Organization, 2008**) che sono quelle del disturbo acuto o post – traumatico da stress, a secondo del tempo intercorso tra l'osservazione ed i fatti traumatici.

La valutazione si completa con la ricerca eziologica e, quindi, nel caso di violenza familiare, con quanto la donna riferisce su di essa, riportando i fatti traumatici recenti e passati così come descritti dalla vittima, ricorrendo il più possibile, alle sue parole messe tra virgolette.

La stessa valutazione va fatta, non solo nella descrizione dello stato psico-fisico attuale, ma anche attraverso una raccolta anamnestica che riveli (dal riferito della donna o da altre fonti, come attestazioni sanitarie e referti pregressi) le condizioni psico-fisiche di un passato recente

(1-3 anni) e le cause correlate, ovvero quanto è riferito dalla donna sulle circostanze di violenze pregresse.

In questa fase, l'operatore deve informare la donna, se emerge un quadro di violenze abituali, delle conseguenze giudiziarie delle sue dichiarazioni riportate nel referto (riferimento al reato di maltrattamento 572 c.p. caratterizzato dalla procedibilità di ufficio).

#### **Il terzo step: la documentazione**

L'operatore deve riportare sulle schede, cartella clinica e quant'altro, tutto quello che ha visto, osservato ed indagato a livello fisico e psichico (osservazione diretta ed indiretta – ad occhio e strumentale, attraverso test psico-fisici).

La valutazione delle cause, ovvero delle violenze riferite dalla donna, può procedere anche attraverso l'adozione di una check list o questionari che contengano i riferimenti alle più frequenti tipologie di violenza: fisica, materiale, sessuale, psicologica, socio-economica. Tra le tipologie di violenza deve essere contemplato anche lo stalking o comportamento di persecuzione, che è in genere messo in atto da un ex-partner o dal partner nel momento in cui la donna ha deciso di lasciarlo. La documentazione clinica in cartaceo o su file va poi riportata in un atto unitario che è l'attestazione/certificazione/refertazione o segnalazione. La scelta tra le varie opzioni è anche disciplinata dal codice di procedura penale a secondo della qualifica dell'operatore sanitario (di servizio pubblico o esercente una professione sanitaria). In genere gli operatori sanitari sono poco esperti circa le responsabilità legali della loro professione in tema di violenza; al contrario i medici e gli psicologi del pronto soccorso hanno un'abituale dimestichezza con l'attività di refertazione (che nel suo significato proprio non è altro che il "riferito" ovvero l'attività di riferire all'Autorità Giudiziaria) nei casi di interesse giudiziario come la violenza patita da una vittima.

#### **Il quarto step: la tutela e la sicurezza**

L'operatore sanitario nel perseguire gli obiettivi di salute persegue anche gli obiettivi di tutelare, attraverso la valutazione dello stato di sicurezza, la vita delle vittime di violenza. Le donne sono ad elevato rischio anche della vita nel rapporto con partner maltrattanti e persecutori, per questo motivo si chiede agli operatori sanitari di mettere in evidenza **gli indicatori di questo rischio**. Esistono robuste ricerche per la valutazione degli indicatori di rischio, tra queste la più accreditata è quella della Campbell (Campbell, 1995 e 2003)

Riportiamo qui lo studio sulla valutazione del rischio di letalità condotto dal dipartimento di giustizia americano. In questo studio sono stati valutati complessivamente 15 fattori di rischio rispetto alla loro maggiore o minore probabilità di essere connessi con eventi mortali. Si è così trovato che 5 tra i 15 fattori di rischio studiati avevano un collegamento più elevato con la probabilità per una donna di essere assassinata dal partner:

1. l'uso di un'arma, o la minaccia con l'uso di un'arma;
2. minacce di morte;
3. tentativi di strangolamento o soffocamento (mani alla gola);
4. partner violento e costantemente geloso;
5. costrizione a rapporti sessuali.

In particolare le donne che erano minacciate o aggredite con un'arma hanno avuto una probabilità 20 volte più elevata di essere assassinate dal partner; così come le donne, anche solo minacciate dal partner di omicidio, hanno avuto una probabilità di essere uccise 15 volte più elevata delle altre donne.

In aggiunta a questi, si considerano come altri indicatori di letalità: l'escalation della violenza (in frequenza e gravità), l'uso - complementare alla violenza - di droghe e alcool, la paura della vittima di essere uccisa.

La valutazione degli indicatori di rischio va inserita nel referto (attestazione sanitaria con segnalazione) e portata all'attenzione dell'Autorità Giudiziaria per gli adempimenti del caso (misure urgenti di tutela, come ad esempio l'allontanamento del partner dalla casa familiare o dai luoghi abitualmente frequentati dalla vittima).

#### **Il quinto step: indirizzare la donna agli altri servizi e, in particolare, ai centri di assistenza legale e di accompagnamento psicologico per la fuoriuscita dalla violenza.**

L'operatore sanitario, dopo aver:

- concluso il processo diagnostico, integrato con l'osservazione psicologica per gli effetti psichici della violenza;
- valutato le altre condizioni di rischio per la donna ed anche per i minori (maltrattamento assistito)<sup>4</sup>;

<sup>4</sup> Una procedura più ampia, descritta nel volume "Maltrattamento e violenza sulle donne, cit.", prevede anche che siano

- stilato il referto o altra attestazione/certificazione;
- inviato segnalazione (via fax) alla Procura per i casi di urgenza per i quali si è evidenziato un rischio per la vita;
- offerto le cure necessarie;
- stabilito gli appuntamenti di consulenza quando necessari;
- dato gli appuntamenti necessari alla revisione del caso (follow-up);

fornisce direttamente o indirettamente (attraverso depliant, opuscoli, cartelloni presenti nel servizio) tutte le informazioni (i numeri di telefono, indirizzi, nonché i collegamenti da prendere o già presi durante la visita) su servizi specialistici, consulenze legali, uffici giudiziari, e/o Centri anti-violenza e centri di assistenza sociale presenti sul territorio, per tutte le altre funzioni ed interventi successivi.

## **7. L'applicazione pratica nell'attività di accoglienza e refertazione psicologica in pronto soccorso: *I campi della refertazione psicologica*<sup>5</sup>**

- a. Luogo e data dell'intervento.
- b. Dati personali dell'utente.
- c. Referto medico di riferimento di cui il referto psicologico costituisce una integrazione.
- d. Indicazione dell'autore delle violenze, se menzionato dalla vittima. In alcuni casi la donna può fare il referto senza voler menzionare l'autore per timore di reazioni, quando ad esempio decide di non lasciare il domicilio, riservandosi in questo modo la possibilità di denunciare le generalità dell'autore in una fase successiva.
- e. Osservazione dello stato emotivo, cognitivo e comportamentale (come si presenta la paziente cosa esprime nel linguaggio verbale e non verbale appena accolta.) Osservazione condotta *ictu-oculi* o con il ricorso ad un breve test di misurazione della condizione emotiva (si tratta di semplici questionari quantitativi accreditati internazionalmente che misurano la presenza/assenza di sintomi di stress o ansia). Tali test quantitativi sono standardizzati e non soggiacciono a criteri interpretativi soggettivi da parte del tecnico per cui non sono passibili di confutazione (equivalgono questi test alla misurazione strumentale di un qualsiasi altro problema fisico).
- f. Raccolta del riferito della paziente per valutare la gravità dello stressor patito (nel nostro caso la violenza familiare) con l'annotazione di quanto percepito sulla gravità e sulle condizioni di rischio riferite circa la minacciosità per l'integrità psico-fisica personale. La raccolta del riferito della vittima in ambito di osservazione psicologica ha valenza tecnica e pertanto diversa dal riferito raccolto in altro luogo (ad esempio funzionari di polizia) perché è fatto contestualmente all'osservazione dello stato emotivo e comprende anche il riferimento a quanto la vittima *'pensava e percepiva di sé e dell'ambiente'*, nel mentre avvenivano i fatti, in modo da valutare la coerenza tra *'i fatti descritti ed i vissuti percepiti'* che è alla base dell'attendibilità psicologica di una persona.
- g. Una breve raccolta anamnestica di contesto su pregressi fatti traumatici di violenza e sulla tipologia di reazioni psichiche precedenti, con il riferito della paziente per definire l'ulteriore gravità degli eventi in rapporto anche a rischi temuti (in particolare il rischio di letalità secondo indicatori internazionali).
- h. La valutazione del rischio di letalità attraverso la lettura degli indicatori specifici, accreditati dalla ricerca internazionale (*Campbell Cecklist for Assessing Dangerousness*) che riguardano la relazione che mette a rischio la vita di una donna e gli indicatori SARA (*Spousal Assault Risk Assessment*), vale a dire, gli indicatori che riguardano i comportamenti di pericolosità sociale ed il rapporto dell'autore delle violenze con la giustizia.
- i. L'annotazione della presenza o meno di figli minori, sulla scena dell'aggressione, con possibili esiti da maltrattamento assistito così come riferiti dalla madre.
- j. Diagnosi finale nell'area del disturbo da stress reattivo al trauma (per evitare psicologizzazioni e psichiatrizzazioni improprie del disturbo) con indicazione della correlazione/coerenza temporale e di efficienza causale tra il riferito circa l'evento patito e le condizioni psichiche

---

riportati i comportamenti sintomatici dei minori, così come riferiti dalla madre; oppure che i minori siano ascoltati nel pronto soccorso pediatrico per la rilevazione degli esiti traumatici dopo aver assistito alle violenze sulla madre.

<sup>5</sup> Nel Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo di Napoli è stato sperimentato con successo un percorso integrato di assistenza con la elaborazione del doppio referto (medico e psicologico), accolto oggi dalla Procura presso il Tribunale di Napoli come mezzo di prova nel percorso processuale e con effetti positivi sulla tutela delle donne vittime di violenza.

apprezzate.

- k. Indicazioni di trattamento che pongono l'accento: su misure di prevenzione e sicurezza della paziente e dei figli minori se coinvolti; sulla necessità di successive visite mediche e psicologiche, sul sostegno psicologico per la vittima e per i figli minori se coinvolti.
- l. Invii per competenza al Centro anti-violenza del Comune di Napoli (che è in rete con la nostra ASL) per la consulenza ed il sostegno legale, ad una casa rifugio in caso di immediata necessità abitativa, ai servizi sanitari territoriali per la presa in carico successiva, alle FFOO per i primi provvedimenti di tutela, ai servizi Sociali, all'AG Ordinaria e minorile, in caso di presenza di minori sulla scena della violenza.

## **Bibliografia**

American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - Text Revision DSM-IV TR* (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), 2000.

J. C. Campbell, *Assessing Dangerousness: Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abusers*, Sage, Newbury Park 1995.

J. C Campbell *et al.*, *Assessing Risk Factors for Intimate Partner Homicide*, NIJ Journal, 250, Department of Justice, National Institute of Justice Washington, november 2003.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Costs of intimate partner Violence against Women in the United States*, CDC, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta 2003.

E. Reale, *Guida alla Salute delle donne*, Commissione Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, settembre 2003.

E. Reale, *Maltrattamento e violenza sulle donne*, Vol I e Vol. II, Franco Angeli, Milano 2011.

United Nations Population Fund (UNFPA) *A Practical Approach to Gender-Based Violence. A Programme Guide for Health Care Providers and Managers*, Pilot Edition, 2001.

World Health Organization (WHO), "Women's Health Development, Family and Reproductive Health, Violence against Women", in *WHO Consultation*, Geneva, 1996.

World Health Organization (WHO), *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*, Geneva 2003.

World Health Organization (WHO), *International Classification of Diseases (ICD)*, Geneva 2008.