



Intimate Partner Violence: assistenza sanitaria e lavoro di rete

Dott.ssa Eloise Longo, Dott.ssa Maria Giuseppina Muratore

Premessa

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la violenza contro le donne è un problema di salute pubblica globale e rappresenta uno dei principali fattori di rischio, di cattiva salute e di morte prematura per le donne e le ragazze (1). La violenza contro le donne è un fenomeno sociale che ha radici profonde nel tessuto culturale. Essa comprende reati che hanno sulle donne un impatto sproporzionato, come la violenza sessuale, lo stupro e la "violenza domestica". Si tratta di una violazione dei diritti fondamentali delle donne relativamente a dignità e uguaglianza. La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, nota come "Convenzione di Istanbul", ratificata in Italia con la Legge n. 77 del 27 giugno 2013, sottolinea con forza come essa sia una violazione dei diritti umani riconosciuta in tutte le sedi e organizzazioni internazionali (2). Il Preambolo della Convenzione riconosce, inoltre, come essa sia una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i generi. La disuguaglianza di genere è, dunque, causa e conseguenza della violenza contro le donne. Motivo per cui, solitamente, si dice che tale fenomeno abbia profonde radici, poiché essa si alimenta di pregiudizi e stereotipi comuni radicati e diffusi nella società. L'impatto della violenza contro le donne non tocca soltanto le vittime, ma coinvolge anche le famiglie e la società intera. Diventa, quindi, importante riconoscere i segnali di maltrattamento e abuso nelle sue varie forme: psicologica, fisica, economica, sociale e culturale (3).

Inquadramento del fenomeno e conseguenze sulla salute delle donne

Diverse sono le cause e le tipologie della violenza: fisica, sessuale, psicologica, economica, culturale e *stalking* che si manifestano prevalentemente in ambito domestico/familiare (*Intimate Partner Violence*) (genitori, parenti, *caregiver*), relazionale (amici, conoscenti), scolastico, di gruppo (compagni di scuola, educatori). Le conseguenze sullo stato di salute delle donne che hanno subito violenza assumono diversi livelli di gravità che possono arrivare fino al femminicidio; danni al concepito per le donne in gravidanza; condizioni di morbosità fisica (conseguenze di trauma, ustione, avvelenamento o intossicazione) e psicologica (Disturbo da Stress Post-Traumatico, depressione, abuso di sostanze e comportamenti auto-lesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali etc.). Tali conseguenze possono perdurare lungo tutto l'arco della vita e affliggere anche i bambini che assistono alla violenza sulla propria madre o sono essi stessi oggetto di abusi e maltrattamenti (4).

Uno sguardo ai dati permette di inquadrare il fenomeno. A livello globale, una donna su tre in tutto il mondo ha subito violenze fisiche e/o sessuali da parte di *partner*, familiari/conoscenti, o violenza sessuale da parte di sconosciuti (1). Dai dati dell'OMS emerge come la prevalenza globale di violenza domestica e sessuale sulla donna sia pari al 35,0% e, nella Regione Europea, una donna su quattro ha subito una violenza fisica e/o sessuale dal *partner*, o una violenza sessuale da un altro uomo (2). Secondo l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), condotta su un campione di circa 25.000 donne, in Italia quasi 7 milioni di donne di età compresa tra 16-70 anni hanno subito almeno una volta una violenza fisica, sessuale o entrambe, un fenomeno che impatta sul 31,5% della popolazione femminile italiana (5). Anche i dati di sorveglianza di Pronto Soccorso (PS) del Sistema Nazionale Incidenti Domestici-SINIACA, elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità, delineano un quadro simile: per le donne che hanno subito violenza in età fertile (15-49 anni), oltre il 35% dei casi è dovuto ad aggressione da parte del coniuge o *partner* sentimentale (negli uomini è <10%). Quasi l'85% dei casi di violenze su donne è compiuta da conoscenti (negli uomini tale percentuale è <40%). Nei PS partecipanti alla rilevazione SINIACA-*Injury Data Base* per le donne la seconda causa di accesso in PS è stata la violenza sessuale: un caso ogni venti è dovuto a violenza sessuale. Alterco e acquisizione illegale di soldi rappresentano i principali contesti dell'aggressione su donne e la violenza viene più spesso (circa 88% dei casi) compiuta a mani nude, senza uso di "strumenti". Da un recente studio del Ministero della Salute, frutto di una collaborazione con l'Istat, emerge che 16.140 donne si sono recate al PS con una diagnosi di violenza tra il 2017-2019. L'elevato rischio è visibile dal fatto che, a prescindere dalla diagnosi di violenza, queste donne hanno avuto una media di 5-6 accessi ciascuna nel triennio, con punte di 20 accessi al PS. Dopo la visita medica in PS, il 22,4% degli accessi ha avuto un *triage* mediamente critico (giallo) e lo 0,9% molto critico (rosso), dati che peggiorano tra le minorenni. Per il 6% circa delle donne viene proposto il ricovero (il dato è decisamente più elevato per le minorenni e le donne di età 75 anni ed oltre), ma molte lo rifiutano.

Il ruolo dei servizi sanitari nel riconoscimento della violenza

La letteratura scientifica indica il rafforzamento e la rete dei servizi sanitari come lo strumento più efficace per



contrastare il fenomeno della violenza sulla donna, attraverso lo sviluppo di: protocolli e competenze degli operatori e dei servizi; l'effettivo coordinamento tra le Istituzioni coinvolte; la creazione di reti di riconoscimento degli eventi di violenza (6). Il ruolo del sistema sanitario è centrale per stimare le dimensioni del fenomeno, le sue cause e le conseguenze sullo stato di salute; riconoscere la violenza e fornire interventi adeguati a tutti i livelli; sviluppare e valutare i programmi di prevenzione della violenza. Tenuto conto della sistematica sotto rilevazione della violenza domestica dovuta al difficile riconoscimento per la naturale tendenza delle persone, vittime o aggressori che siano, a negare, minimizzare, giustificare, comportamenti devianti che avvengono nel ristretto ambito familiare, amicale e sociale, la risposta dei sistemi sanitari non può che essere integrata, coordinata e in rete con tutti i servizi di assistenza, accoglienza e accompagnamento che nelle rispettive competenze possono intervenire a supporto delle donne.

Tra i servizi di assistenza sanitaria, il Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione rappresenta uno dei punti importanti per l'identificazione dei fenomeni di abuso e maltrattamento delle donne e dei minori. Gli operatori e le operatrici sanitari devono essere a conoscenza dei protocolli sanitari e delle modalità più idonee per accogliere le donne vittime di violenza. Recentemente, il Ministero della Salute, grazie anche ai risultati e alle evidenze scientifiche prodotte nell'ambito di progetti da esso finanziati, ha emanato le Linee Guida (LG) nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema soccorso e assistenza per le donne che subiscono violenza (7). Si segnala, in particolare, il Progetto *Repellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum* (REVAMP) "Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea", coordinato dall'Ospedale Galliera di Genova e dall'Istituto Superiore di Sanità e supportato dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma di Attività 2014 del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie.

Lo scopo è quello di fornire un intervento tempestivo e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche della violenza sulla salute della donna. Il percorso delineato dalle LG segue la donna dal momento della presa in carico al *triage* fino all'accompagnamento e orientamento, previo consenso della stessa, ai servizi pubblici e privati territoriali (8).

Cercare aiuto nelle Istituzioni, la carta vincente per uscire dalla violenza

Rivolgersi alle figure istituzionali è una spinta essenziale per uscire con successo dalla violenza. Questo è stato uno dei risultati emersi dall'indagine sulla sicurezza delle donne del 2006 e del 2014, che evidenzia il ruolo determinante del coinvolgimento delle Istituzioni nell'uscita dalla violenza (9, 10). Non solo le forze dell'ordine e la magistratura, ma i servizi in genere, sociali e sanitari svolgono un ruolo determinante in questa direzione. Si potrebbe affermare che è importante poter guardare la violenza subita dall'esterno con gli occhi di altri per poterla riconoscere. Naturalmente i primi passi per uscire dalla solitudine sono le confidenze, la *disclosure*, ma decisamente più efficace è rivolgersi alle Autorità o affidarsi ad un avvocato. Tuttavia, anche in questo caso, si percepisce dalle storie che a volte le donne rimangono da sole, troppo sole, al punto che malgrado abbiano denunciato, spesso tornano nelle spire della violenza e dell'uomo violento, perché in concreto hanno problemi economici, non hanno un lavoro, non sanno dove andare a vivere. Per questo solo un'operazione di rete fra i vari servizi può essere davvero utile alla presa in carico della donna maltrattata. Questi elementi, peraltro, emergono anche nelle recenti indagini Istat sulle erogazioni delle prestazioni e dei servizi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio (11). Al contrario, quando le sopravvissute lasciano il *partner* e tornano alla famiglia di origine, è più probabile che si ricongiungano con il *partner* violento. Questo avviene, soprattutto, se da piccole hanno assistito alla violenza del padre sulla propria madre o se loro stesse sono state picchiate dalle madri. Le donne che respirano un clima di violenza nella propria famiglia di origine, infatti, imparano a tollerarla.

Il lavoro di rete nei servizi specialistici

Le rilevazioni che l'Istat ha condotto per conto del Dipartimento per le Pari Opportunità, presso la Presidenza del Consiglio, mostrano come sia importante non solo il lavoro dei Centri Antiviolenza (CAV), per aiutare le donne nei percorsi di uscita dalla violenza, ma anche quanto sia utile l'interazione e le sinergie di questi con gli altri servizi ed in particolar modo con le reti territoriali contro la violenza insediate ed attive a livello locale. Quasi tutti i Centri sono parte di una Rete territoriale contro la violenza (l'82,9% nel 2018), mentre il 13,2% dei CAV segnalano proprio l'inesistenza della Rete nei loro territori (12). Anche in assenza della rete, comunque, esistono notevoli scambi con i servizi locali. Molte delle donne sono indirizzate ai Centri proprio dai servizi e molti Centri hanno bisogno dei servizi generali per farsi carico delle vittime stesse.

La stretta collaborazione, che in alcuni casi si è instaurata, è molto proficua ed a titolo di esempio si riportano due casi molto diversi di cooperazione: "la rete come un soggetto con cui camminare" e "la rete come supporto".



Il primo caso (rappresentato dal 29,2% dei CAV) mostra come i Centri più solidi nel garantire una pluralità di servizi alle donne che vi si rivolgono sono anche quelli che lavorano maggiormente in rete e che sono molto ancorati al territorio: ad esempio, svolgono attività di prevenzione e informazione presso le scuole e di formazione alle forze dell'ordine, agli avvocati e agli ordini professionali. Per questi Centri la rete territoriale è molto articolata, ne fanno parte il Comune e i servizi sanitari ma anche le forze dell'ordine, le procure e i tribunali. Peraltro, dato che una delle maggiori problematiche è l'inserimento lavorativo della donna e la sua indipendenza economica ed abitativa, la stretta collaborazione con la rete può migliorare la loro efficienza nel percorso di uscita.

Nel secondo caso, invece, la rete è proprio una fonte di supporto per i Centri più piccoli (15,6% dei CAV), che devono proprio alla rete la possibilità di erogare quei servizi necessari alla finalizzazione del progetto di uscita dalla violenza.

Uno studio delle reti territoriali, della loro organizzazione ed efficacia, è sicuramente, quindi, una priorità, come evidenziato anche dalla Convenzione di Istanbul (2011), che pone un accento particolare sul loro ruolo per la protezione delle sopravvissute.

Conclusioni

La presenza di una rete di servizi sanitari socio-assistenziali capace di interagire, dialogare e scambiare prassi metodologiche è una delle modalità più efficaci per far emergere il fenomeno della violenza e sconfinare il senso di isolamento e solitudine che circonda le donne. La rete garantisce alla donna supporto e protezione. Procedure e protocolli condivisi a livello nazionale e territoriale sono di grande utilità per gli operatori nel trovare le risposte e le soluzioni più adeguate per le donne e per i loro figli vittime di abusi, maltrattamenti e violenza.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - WHO, 2002. World Report on violence and health, WHO, Ginevra.
- (2) 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.
- (3) Agency for Fundamental Rights (FRA) 2014. Violence against women: An EU-wide survey. Technical report). Disponibile sul sito: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey-technical-report>.
- (4) Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (Ed.). Progetto REVAMP (REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29).
- (5) Istituto Nazionale di Statistica- Istat La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014, Istat; Roma, 2015.
- (6) World Health Organization - WHO, 2016. The global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Disponibile sul sito: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-en.pdf.
- (7) D.P.C.M. 24 novembre 2017. Linee Guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG.
- (8) Longo E., De Castro P., De Santi A., Scaravelli G. Violenza di genere: riconoscere per prevenire, contrastare e assistere le donne che hanno subito violenza. Not Ist Super Sanità 2020; 33 (6): 37-39.
- (9) Corazziari, I., Muratore, M. G., Domestic violence: short and long term consequences, La camera Blu, Rivista di studi di genere, Journal of gender studies 10/2013, pp.88-116. Disponibile sul sito: www.camerablu.unina.it/index.php/camerablu/article/view/2821/0.
- (10) Corazziari, I., Muratore M.G., Inverno, A., Abbattiamo il muro del silenzio. Bambini che assistono alla violenza domestica, Save the Children, 2018.
- (11) Istituto Nazionale di Statistica- Istat, I centri antiviolenza, anno 2017. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2019/10/Report-Centri-antiviolenza-2017.pdf.
- (12) Istituto Nazionale di Statistica- Istat, I centri antiviolenza, anno 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2020/10/Report-centri-antiviolenza-28102020-1.pdf.

