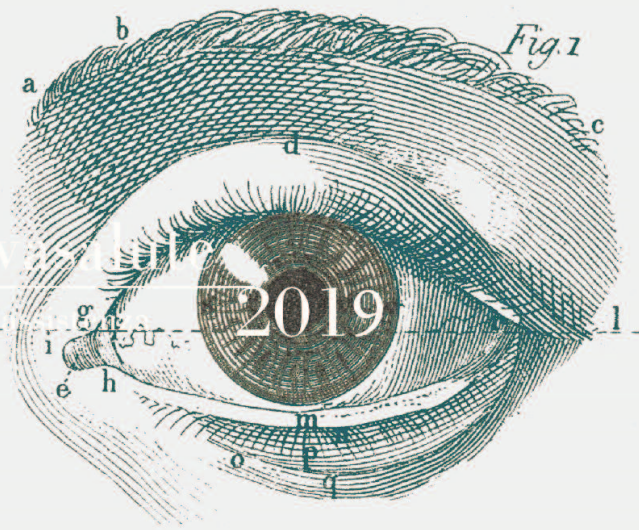




OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Rapporto Osservatorio

Stato di salute e qualità della vita
nelle regioni italiane



INDICE *Approfondimenti*

Riconoscimento e assistenza socio-sanitaria per le donne che subiscono violenza.....	3
Autori.....	7

Riconoscimento e assistenza socio-sanitaria per le donne che subiscono violenza

Dott.ssa Eloïse Longo

Premessa

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la violenza sulle 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 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, afferma come essa sia in primo luogo una violazione dei diritti umani riconosciuta in tutte le Sedi e Organizzazioni internazionali (2).

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 (3). Secondo l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica, condotta su un campione di circa 25.000 donne, in Italia quasi 7 milioni di donne di età compresa tra 16-70 anni ha subito almeno una volta una violenza fisica, sessuale o entrambe, un fenomeno che impatta sul 31,5% della popolazione femminile del nostro Paese (4). Anche i dati di sorveglianza dei Pronto Soccorso (PS) del Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità delineano un quadro simile: per le donne vittime di violenza in età fertile (15-49 anni), oltre il 35% dei casi è dovuto ad aggressione da parte del coniuge o partner sentimentale (nei maschi è meno del 10%). Quasi l'85% dei casi di violenze su donne è compiuta da conoscenti (nei maschi tale percentuale è inferiore al 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 nel rapporto di un caso ogni venti accessi. Alterco e acquisizione illegale di soldi rappresentano i principali contesti dell'aggressione su donne e la violenza viene soprattutto (circa l'88% dei casi) compiuta a mani nude senza uso di strumenti.

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 e *caregiver*), relazionale (amici e conoscenti), scolastico e di gruppo (compagni di scuola ed educatori).

Le conseguenze sullo stato di salute delle donne che hanno subito violenza assumono diversi livelli di gravità che possono avere esiti fatali (femminicidio o interruzione di gravidanza), condizioni di morbosità fisica (conseguenze di trauma, ustione, avvelenamento o intossicazione) e condizioni di morbosità 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 vittime di abusi e maltrattamenti.

L'impatto sociale della violenza sulla popolazione e, soprattutto, su donne e bambini in termini di frequenza e gravità del danno psico-fisico, ha reso la risposta assistenziale e la prevenzione della stessa un importante obiettivo di politica sanitaria. Per l'OMS il Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare, i PS devono, infatti, assumere una posizione di *leadership* nelle azioni da intraprendere per contrastare ogni forma di violenza, anche grazie alla loro funzione di riconoscimento e supporto immediato alle donne che hanno subito violenza per la prevenzione secondaria e terziaria. È in quest'ottica che il Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne (2017-2020), in linea con i principi della Convenzione di Istanbul, ha incentrato la propria azione lungo quattro assi di intervento: Prevenzione, Protezione, Sostegno e Perseguimento dei colpevoli.

Per rispondere agli obiettivi del Piano, l'Istituto Superiore di Sanità da anni è impegnato, in collaborazione con il Ministero della Salute e in rete con i Presidi Ospedalieri e i Servizi Sanitari, in attività per la prevenzione e il contrasto della violenza contro le donne con Progetti di ricerca, formazione e sorveglianza ospedaliera.

Scopo del presente contributo è, quindi, quello di analizzare le principali azioni per il riconoscimento e l'assistenza socio-sanitaria per le donne che hanno subito violenza.

Inquadramento del fenomeno

Prima di entrare nel merito del riconoscimento e dell'assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza è bene delineare, sinteticamente, le specificità di un fenomeno che, come evidenziato dall'Unione Europea, non è una questione privata, ma riguarda la società nel suo complesso. La violenza contro le donne è un fenomeno trasversale perché non tiene conto dell'appartenenza sociale, culturale, politica, religiosa, della pelle e della nazionalità.

In base all'accezione dell'OMS il termine "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, così come le mutilazioni genitali femminili, i delitti d'onore e la tratta di donne.

Molteplici sono le forme, le manifestazioni e i meccanismi della violenza, ma tutti rinviano fondamentalmente a una violazione dei diritti umani e a una forma di discriminazione contro le donne (5). Secondo la Convenzione di Istanbul la "violenza nei confronti delle donne comprende tutti quegli atti di violenza fondati sul genere che determinano o possono provocare danni e 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" (2). La disuguaglianza di genere è, dunque, causa e conseguenza della violenza contro le donne. È per questo motivo che, solitamente, si dice che tale fenomeno ha profonde radici, poiché si alimenta di pregiudizi e stereotipi comuni radicati e diffusi nella società. Prevenire tutto ciò è un obiettivo prioritario in quanto nessun intervento può essere efficace senza la promozione di un cambiamento culturale e sociale nei comportamenti maschili e femminili per eradicare pregiudizi, atteggiamenti, credenze e abitudini basati su stereotipi di genere negativi (art. 12). È importante promuovere azioni volte ad aumentare il livello di percezione e consapevolezza riguardo alle differenti forme di violenza infrangendo il tabù che considera la violenza domestica come una questione privata (art. 13). La tradizione che ancora alimenta una cultura del possesso nella relazione affettiva impedisce di leggere nello squilibrio dei rapporti uomo-donna i segni alla base della violenza. Diventa, quindi, importante riconoscere i segnali di maltrattamento e abuso nelle sue varie forme: psicologica, fisica, economica, sociale e culturale.

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 e la creazione di reti di riconoscimento degli eventi di violenza (6). Il ruolo del sistema sanitario è, quindi, quello di:

- 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, attuare e valutare i programmi di prevenzione della violenza.

Considerata la complessità e la matrice socio-culturale della violenza *tout court*, quella domestica è caratterizzata da una sistematica sotto rilevazione dovuta al difficile riconoscimento per la naturale tendenza delle persone, vittime o aggressori che siano, a negare, minimizzare e 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 (PS, Consultori familiari, Centri antiviolenza, Case rifugio, Servizi sociali territoriali, Forze dell'Ordine, Operatori di emergenza 118 e Medici di Medicina Generale). 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 sconfiggere il senso di isolamento e solitudine che circonda le donne. La rete è un modo per garantire alla donna supporto e protezione. Procedure e protocolli condivisi a livello nazionale e territoriale sono di grande utilità per gli operatori nel trovare risposte e soluzioni più adeguate per le donne e per i propri figli vittime della violenza.

Ri-conoscere i segni della violenza in Pronto Soccorso

Il PS rappresenta uno dei punti importanti di identificazione per i fenomeni di abuso e maltrattamento delle donne e dei minori. Gli operatori 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 (tra cui, ad esempio, il Progetto *Repellere Vulnera ad Mulierem et Puerum* - 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 da Ospedali Galliera di Genova e 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), ha emanato le Linee Guida (LG) nazionali per le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza per le donne che subiscono violenza (7). 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. Le LG indicano la fase di accesso della donna al *triage* quale momento importante in quanto dopo il *triage* infer-

mieristico, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza rosso o equivalente, alla donna viene riconosciuto un codice di urgenza relativa, giallo o equivalente, per garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

È fondamentale che nel PS vi sia una stanza separata dalla sala di attesa generale che assicuri protezione, riservatezza e sicurezza.

Il primo passo per attivare qualsiasi tipo di intervento consiste, dunque, nel riconoscere il tipo di violenza subita e le sue ripercussioni sulla vita e sul benessere psico-fisico della donna e dei figli coinvolti, come vittime, e/o testimoni di violenza. Le LG, di cui sopra, sottolineano l'importanza di una formazione e aggiornamento continuo degli operatori per garantire una buona attività di accoglienza, presa in carico, rilevazione del rischio e prevenzione.

L'accesso in PS per la donna che ha subito violenza rappresenta un momento delicato e importante. Questa fase diventa un punto di forza nel momento in cui la donna sente di trovarsi in un luogo sicuro, protetta e accolta nel suo bisogno di comprensione e ascolto, pena il rischio ricadute e conseguenze sul percorso di assistenza. È proprio nella fase di accoglienza che il personale di PS, opportunamente formato, procede al riconoscimento dei segnali della violenza, anche quando questa non sia dichiarata. Tra questi molto importanti sono le informazioni relative a eventuali e precedenti accessi in PS unitamente ad alcuni indicatori "sentinella" che si basano sull'osservazione di elementi di carattere anamnestico (ripetuti accessi e visite mediche in PS, reticenze o racconti contraddittori degli accompagnatori e incoerenza tra la dinamica riferita e le lesioni riportate), di carattere comportamentale/psicologico (elementi incoerenti nella narrazione, atteggiamento reticente, schivo, poco disponibile a raccontare particolari dell'accaduto, difensivo e/o di chiusura rispetto alle domande dell'operatore e sintomi psichici non appropriati rispetto all'evento raccontato quali, ad esempio, ansia, tristezza, pianto, rabbia, confusione e paura) e, infine, di carattere fisico (segni visibili sul corpo: lividi, graffi, escoriazioni, ecchimosi, ferite lacerato-contuse, ematomi e ustioni, in particolare nelle sedi corporee di testa, volto e collo) (8). L'adozione, quindi, di un sistema di selezione (screening) basato sull'uso di questi indicatori di sospetto permette di migliorare la capacità di riconoscimento dei casi di abuso e adottare un corretto approccio diagnostico, al fine di raggiungere un maggior livello di appropriatezza negli accertamenti e nei ricoveri.

Modalità efficaci di accoglienza

Vi sono alcune modalità efficaci per accogliere la donna che ha subito violenza. Esse sono di tipo relazionale e comunicativo e possono essere acquisite previa una formazione *ad hoc*.

L'accesso in PS nel breve tempo successivo all'aggressione subita è l'occasione per iniziare ad instaurare un dialogo con la donna che, è bene ricordare, è una persona fortemente traumatizzata. Per favorire un rapporto di fiducia, il colloquio dovrà svolgersi in una stanza dove sia garantita la riservatezza. Al riguardo è importante che l'operatore presti attenzione ai seguenti elementi che costituiscono, in parte, i presupposti per una modalità efficace di accoglienza:

- ridurre i tempi di attesa;
- escludere la presenza di terzi al colloquio e agli eventuali accertamenti;
- evitare risposte inadeguate quali, ad esempio, "Torna a casa ... vedrai che si aggiusta tutto";
- evitare banalizzazioni come "Sicuramente non voleva farle così male...; In tutte le famiglie capita di litigare";
- evitare un atteggiamento giudicante, a volte accusatorio, con domande tipo "Perché l'ha picchiata? Cosa ha fatto lei per farlo arrabbiare?";
- evitare di razionalizzare, minimizzare o scagionare chi usa violenza;
- evitare di raccomandare una terapia o mediazione familiare;
- evitare di insistere affinché interrompa la relazione (solo la donna può prendere tale decisione).

Nel caso in cui la donna si trovi in una situazione ad alto rischio è importante che l'operatore stabilisca con la stessa un progetto di protezione condiviso o, in alternativa, un piano di tutela momentaneo e fornisca tutte le informazioni sulla rete dei servizi socio-sanitari territoriali.

All'operatore vengono richieste alcune competenze-chiave quali, ad esempio, la capacità di ascolto e un atteggiamento empatico e non giudicante, nonché l'utilizzo di strategie comunicative che predispongano la donna alla narrazione. Al riguardo sono importanti l'uso di domande di: riformulazione (esempio: "Dunque mi sta dicendo che il suo compagno l'ha schiaffeggiata in presenza dei figli?"), chiarificazione (esempio: "La violenza domestica è un reato, nessuno le toglierà i suoi figli"), delucidazione (esempio: "Signora mi sembra di cogliere dal tono della sua voce, dal suo atteggiamento.....un senso di paura o di vergogna, è così?") e informazione (esempio: "Signora anche se in questo momento non si sente pronta a parlarne sappia che ci sono dei luoghi in cui può ricevere aiuto, se vuole le fornisco indirizzi utili sul nostro territorio").

Nel dialogo con la donna è essenziale riconoscere la responsabilità del maltrattante esplicitando le ricadute che la violenza ha sulla salute della donna e su quella degli eventuali figli coinvolti. L'operatore deve incentivare e sostenere il processo di autodeterminazione (*empowerment*) della donna nel lento e difficile percorso del "prendersi incarico e cura" della propria vita, anche nel caso lei decida di continuare la relazione con il maltrattante (9).

Conclusioni

Il ruolo dei Servizi Sanitari e, in particolare, quello dei PS è fondamentale per intercettare i casi di violenza sulle donne, secondo una lettura condivisa e univoca del fenomeno e avendo chiari compiti e necessità. La presenza di protocolli e LG con procedure chiare in rete con i Servizi Sanitari assistenziali è un elemento imprescindibile per garantire alla donna supporto, ascolto, accoglienza e protezione. È, quindi, fondamentale la presenza di *équipe* multidisciplinari adeguatamente formate che sappiano ri-conoscere i segni, visibili e invisibili, della violenza sulle donne.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization-WHO, 2002. World Report on violence and health, WHO, Ginevra.
- (2) Convenzione di Istanbul, 2011. Disponibile sul sito: www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention%202010%20Italian.pdf.
- (3) 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.
- (4) Istituto Nazionale di Statistica. La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014, Istat; Roma, 2015.
- (5) Longo E, Trinca S, Giustini M, Pitidis A. La sorveglianza epidemiologica dei traumatismi intenzionali: il sistema SINIACA in La Professione. Medicina, scienza, etica e società, Anno XV, N. II-MMXIV; FNOMCEO Ed.; Roma, 2014: 141-155.
- (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) DPCM 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) REVAMP. Manuale per Operatori di Pronto Soccorso. Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale, donne e minori in particolare, stampato con il contributo del Ministero della Salute CCM, 2017. Disponibile sul sito: <http://old.iss.it/casa>.
- (9) Bonura ML. Conoscere e affrontare la violenza contro le donne, Erickson; Firenze, 2016.

Autori

Dott.ssa Eloïse Longo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma