

Comune di Bologna – Casa delle donne per non subire violenza

VIOLENZA ALLE DONNE: QUANDO A SUBIRE SONO LE MIGRANTI 5 giugno 2007

Relazione dott.ssa Maria Teresa Montella, Dipartimento Materno – Infantile AUSL Bologna

Assistenza, in acuto, alle donne vittime di violenza

PREMESSA

Maria Teresa Montella: dirigente medico, referente dipartimento Materno-Infantile AUSL Bologna
Maria Caterina Manca: dirigente medico, UO Medicina Legale AUSL Bologna

Il conflitto e la diversità tra uomo e donna ha radici profonde e si manifesta in modo diverso a seconda del contesto sociale, degli usi-costumi e della cultura di riferimento

Si tratta di una “*guerra di natura*” è così che Darwin vede le differenze di genere ed aggiunge “*la donna sembra diversa dall’uomo nella maggiore tenerezza e nel minor egoismo. Per via dell’istinto materno, dimostra eminentemente tali qualità verso i figli ed è quindi probabile che le estenda spesso anche verso altre creature*”; ogni ambiente, continua Darwin, pone ostacoli alla sopravvivenza della specie, ne consegue che la selezione naturale favorisce qualunque caratteristica dell’uomo o donna atta ad aumentarne la sopravvivenza.¹

Queste teorie pur lontane nel tempo, spiegano, almeno in parte, alcuni fenomeni che cadono sotto la nostra osservazione, riguardo alla violenza che, da sempre, è perpetrata dall’uomo nei confronti della donna.

La violenza contro le donne ed i bimbi è un problema endemico che attraversa tutto il mondo, nessun popolo ne è esente: popoli e culture si esprimono con diversa modalità ma la agiscono comunque. In un’ottica di sanità pubblica, è necessario conoscere che:

la violenza è prevenibile attraverso programmi multidisciplinari ed è indispensabile non accettare, a priori, il fatto che la violenza sia una condizione insita nella natura dell’uomo tanto da non poter essere modificata.

Infatti è dimostrato che i fenomeni di violenza si possono prevenire o mitigare attraverso educazione, cultura, leggi, rete di aiuti. Si tratta quindi di un lavoro multidisciplinare che non può essere del singolo, ma che necessita di interventi multiprofessionali (giudici, avvocati, medici legali, assistenti sociali, medici, ostetriche, infermieri, insegnanti, epidemiologi ecc.), ogni singola professionalità apporta valore aggiunto alla rete “antiviolenza”. La condivisione di una cultura mirata a riconoscere il fenomeno violenza e l’attuazione di programmi di azione nei confronti di questa problematica, ne permettono la prevenzione.

Un piano antiviolenza prevede più *steps*, bisogna analizzare:

- i fattori causali della violenza;
- la presenza di dati;
- l’efficacia degli interventi;
- le campagne mediatiche;
- la presenza/assenza di leggi;
- la presenza/assenza di programmi di educazione scolastica (bimbi testimoni di violenza);
- il funzionamento dei servizi sanitari;
- la rete dei servizi sociali (protezione la donna e del bambino) ².

I “volti” con cui si presenta il fenomeno violenza sono differenti: sessuale, fisica, psicologica, deprivazione, child abuse e spesso si compenetrano tra di loro.

Nelle società in cui è accettato “culturalmente” il dominio dell’uomo sulla donna e più estesamente sui membri della famiglia (ad esempio bambini) o in cui è forte la disparità economica e culturale tra i diversi gruppi, le diverse forme di violenza hanno modo di esprimersi con maggior intensità³

Inoltre è bene ricordare che la globalizzazione intesa come scambio di informazioni, idee, lavoro, servizi e prodotti ha contribuito a:

- Conoscere tale criticità su scala planetaria;
- Applicare leggi e trattati internazionali;
- Aumentare interscambi;

permettendo così di avere una conoscenza piena di questa problematica.

Dall’altra parte, globalizzazione e flussi migratori dovuti alla ricerca di lavoro hanno contribuito ad aumentare il gradiente economico tra poveri e ricchi, si ricordi che forti disparità economiche nei gruppi sociali sono accompagnati da aumentata violenza.

EPIDEMIOLOGIA

Definire la violenza, la violenza sessuale, i maltrattamenti nei confronti delle donne, la violenza psicologica, non è cosa semplice infatti :

- non esiste una definizione condivisa delle varie forme di violenza e di conseguenza non vi è una misura univoca di incidenza o prevalenza;
- non sono presenti scale predefinite di misura della violenza;.

Alcune definizioni di violenza sono di seguito riportate:

“*minaccia o utilizzo intenzionale di forza fisica contro se stesso o altri*” dentro questa definizione si inscrivono le differenti forme di violenza ovvero quella familiare o domestica, quella sessuale, quella psicologica, quella da deprivazione, queste definizioni spesso non sono accompagnate da scale di gravità ³

La letteratura internazionale e nazionale ci dice che i **maltrattamenti** nei confronti della donna sono di norma agiti dall’uomo, e sono la forma di violenza più rappresentata, a ciò si aggiunge il fatto che le donne, oltre al legame affettivo con il proprio aggressore ne dipendono economicamente e talvolta psicologicamente. La lettura dei dati presenti ci dice altro: è molto raro che la donna maltratti “fisicamente” l’uomo. ⁴⁻⁵

A conferma di quanto sopra, si aggiunge che dal 40% al 70% delle donne sono uccise per mano compagno a seguito di relazioni “cronicamente” violente ⁶ vs il 6% degli uomini ³

L’interpretazione dell’aggressività dell’uomo nei confronti della donna viene in parte chiarita da Potts, Professore di *Public Health* alla University of California attraverso la teoria dell’evoluzione, infatti *l’Homo sapiens* insieme ad altri primati ha dovuto lottare, nel corso dei secoli, per la conquista della donna, creando una selezione naturale di uomini più grandi “fisicamente” rispetto alla donne, tutto questo, continua Potts, non avviene nelle specie francamente monogame quali ad esempio i pinguini, in tale specie il maschio e la femmina hanno la medesima corporatura o addirittura più piccola nel maschio. L’eccesso di controllo sulla donna è rappresentato con diversa modalità, si citano di seguito alcuni esempi: l’uso del burka, legatura dei piedi, mutilazioni genitali, deprivazioni economiche ecc.. ⁷

Di grande interesse è la review “*Violence Against Women*” ⁸ in cui si evidenzia che dal 35% al 76% delle donne oggetto di studio, hanno subito violenza sessuale o maltrattamenti (campione: 24.000 donne). L’articolo prosegue segnalando che i dati risultano essere estremamente variabili da paese a paese. In molti casi, l’alta prevalenza di violenze **riflette la situazione socio-economica** (in Giappone è presente un basso tasso di violenza nei confronti delle donne), la condizione socio economica è poi una variabile importante nel permettere alla donna di abbandonare una relazione violenta in tempi più rapidi (si ricordi che il tempo medio di una relazione violenta è pari 6 anni) ³⁻⁹.

I dati relativi alla violenza sessuale sono realmente inquietanti, alcune indagini, la cui precisione presenta i limiti summenzionati, evidenziano che 1 donna su 4 subisce dal proprio partner violenza sessuale, a ciò si aggiunge che un 1/3 degli adolescenti dichiara di aver avuto una iniziazione al sesso forzata. E' bene chiarire che la violenza agita dall'uomo non si accompagna ad "amore", in realtà l'uomo esercita semplicemente dominio e potere³⁻¹¹. I dati internazionali, confermati da dati ISTAT italiani evidenziano che la violenza fisica avviene tra le mura domestiche ad opera di partner o ex partner ¹⁰, la stretta relazione tra "vittima" e "carnefice" fa sì che la donna sia scarsamente propensa alla segnalazione proprio perché in caso di violenza ad opera del partner diventa difficile trovare luoghi di aiuto e protezione. La violenza sessuale è agita nel 56,4% dei casi da conoscenti che non sono il partner.

I dati Istat (campione 25 mila donne tra i 16 -70 anni), hanno una magnitudo spaventosa: circa 6,5 milioni di donne in Italia subiscono o hanno subito violenza. I dati italiani confermano in gran parte la letteratura internazionale.

I casi di violenza non sono quasi mai denunciati

- le donne non raggiungono i servizi sanitari (solo il 62%) ed in alternativa si fanno aiutare dalla rete amicale e parentale: la più parte delle violenze è grave ovvero con conseguenze sulla salute;
- il fatto viene denunciato solo nel 7,2% dei casi;
- le donne più colpite sono quelle con un compagno violento anche all'esterno del nucleo familiare a cui si aggiunge il fatto che i compagni violenti sono stati di norma testimoni di violenza in famiglia o bambini maltrattati;
- le donne separate o divorziate hanno maggiore probabilità di subire violenza (2 volte in più);
- la violenza (sessuale e fisica) è distribuita in uguale misura in tutte le fasce di età (16-24 aa 33,2%, 25-34 aa 37,9; 35-44 aa 35,3%, 45-54 aa 32,2%)
- in contrasto dati internazionali, è il livello di scolarizzazione delle donne elevato: infatti il 46,2% laurea, il 38,6 diploma, il 28,9% licenza media, il 17,6% di donne elementare;
- il 18,2% (solo !!!) delle donne considera la violenza un reato.¹⁰

LA GESTIONE OSPEDALIERA DELLA VIOLENZA SESSUALE DONNA

La gestione intraospedaliera in acuto dei casi di violenza non è sempre agevole, in analogia a quanto occorre al di fuori dell'ambiente ospedaliero, si tratta di una gestione multidisciplinare che vede più professionisti coinvolti.

Altra criticità legata alla gestione della violenza sessuale è che gli operatori sanitari non hanno avuto nel proprio corso di laurea una preparazione specifica riguardante tale tematica.

La violenza non è per la più parte dei medici una delle possibili ipotesi diagnostiche.

Per favorire una crescita professionale, diventa pertanto importante formare e sensibilizzare gli operatori sanitari.

La necessità di predisporre linee guida assistenziale e standards terapeutici comportamentali di riferimento è fondamentale.

In particolare la scelta messa in atto a Bologna, in analogia con altre città (Milano e Torino) è quella di individuare un unico centro (presso l'ospedale Maggiore: PS Ostetrico-Ginecologico) proprio per favorire l'espertizzazione del personale e una casistica più ampia.

Nella gestione in emergenza vi sono 3 elementi tempo-dipendenti che devono essere tenuti in debito conto:

- gli aspetti ginecologici quali: prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, la contraccezione in emergenza per evitare gravidanze indesiderate, il dolore pelvico;
- gli aspetti medico legali: tutti i reperti utili alla Autorità Giudiziaria devono essere raccolti e conservati secondo precise modalità e secondo un timing codificato dalla letteratura (72

- ore), la repertazione fotografica delle lesioni (vaginali ed extra vaginali con particolare attenzione ad una visita completa top to toe) e la loro puntuale descrizione nel referto;
- la cura e la presa in carico della donna anche sotto il profilo psicologico.

Altro aspetto che può essere differito ma non di molto (ovvero anche oltre le 72 ore) è l'eventuale protezione della donna attraverso l'attivazione del assistente sociale.

In acuto è indispensabile non "perdere tempo" o dimenticare steps importanti sia a fini clinici che medico legali, pena la perdita di preziosi reperti medico legali, gravidanze indesiderata, MTS ecc...

Appare del tutto evidente che almeno 4 attori debbano giocare un ruolo fondamentale in acuto: il ginecologo, il medico legale, il medico psichiatra (o lo psicologo se presente) e l'infermiere. A ciò si aggiunge che in caso paziente straniera sarebbe necessaria la presenza, nelle 24 ore, di mediatrici culturali, oggi reperibili solo nella fascia oraria diurna, l'assenza di questo supporto fa sì che spesso l'interprete dei bisogni della donna sia paradossalmente l'abusante.

Il protocollo

Il protocollo che verrà utilizzato è stato frutto di un confronto tra i professionisti dell'AUSL di Bologna e dell'Azienda Sant'Orsola Malpighi e prevede:

Alcuni scenari possibili (donna che si rivolge al centro di riferimento, donna che si rivolge ad altro ospedale e che non vuole essere spostata ecc);
Cartella clinica-medico legale guidata con standardizzazione del percorso sanitario;
i professionisti che devono essere presenti;
i rapporti con la rete sociale;
i rapporti con l'Autorità Giudiziaria.

Obiettivi del protocollo:

Tutti professionisti, che operano a contatto con donne che hanno subito abuso sessuale, dovranno:

- acquisire le competenze e le conoscenze per riconoscere le donne con abuso sessuale,
- rispondere alle necessità assistenziali di queste pazienti. (In letteratura, l'abuso sessuale è considerato un trauma e come tale va codificato -codici triage di P.S. giallo o rosso-)
- conoscere le occorrenze cliniche e medico-legali (prelievi, tamponi, eventuale ricerca DNA) da effettuare in acuto (entro 72 h) per evitare di "perdere" reperti utili a fini forensi.
- mettere in atto schemi di profilassi in presenza di malattie sessualmente trasmissibili (MTS);
- predisporre contraccezione di urgenza, se necessario;
- osservare un percorso condiviso con l'Autorità Giudiziaria;
- collaborare con i Servizi Sociali Territoriali per favorire accoglienza e sostegno alle donne anche nella prospettiva di un futuro diretto coinvolgimento delle Associazioni cittadine impegnate sul campo

Gli allegati utilizzati in caso di violenza sessuale:

- Acquisizione del consenso informato (allegato 1);
- Accoglienza, modalità e circostanze della aggressione, tempo trascorso dalla aggressione: cosa è accaduto (vedi allegato 2);
- anamnesi remota e recente (allegato 3);
- Visita generale completa con studio delle lesioni dalla testa ai piedi. Inclusiva di documentazione fotografica (vedi allegato 4);
- Esame obiettivo ginecologico (vedi allegato 5);
- Foglio di accompagnamento esami di laboratorio in caso di violenza sessuale (allegato 6);

- Raccolta materiale repertazione forense la catena di conservazione e custodia dello stesso e eventuale querela (allegato 7);
- Protocolli di profilassi per malattie sessualmente trasmissibili, schema di contraccettione in emergenza. Seguito assistenziale: ricovero, avvio in comunità ritorno al domicilio. Visita di follow-up (allegato 8);
- Richiesta consulenze ed accertamenti con particolare riferimento alla consulenza psichiatrica (allegato 9a e 9b);
- La stesura del referto (allegato 10)
- Check list da utilizzare prima di dimettere la paziente (allegato11)

Indagine retrospettiva su 25 casi Ospedale Maggiore di Bologna

- Anni 2002-2005
- Cartelle analizzate 25
- Straniere 10
- Provenienza: africa 4 (kenia, Ghana, Nigeria), Est : 4 (Moldavia, Jugoslavia, Romania), Sud America 2 (Ecuador, Uruguay)
- Italiane 15
- 1 caso uso di stupefacenti
- accompagnate:19 casi di cui 5 polizia
- segni extracorporei (ecchimosi ecc..) 10 casi
- raramente l'esame ginecologico è positivo
- il luogo in cui si svolge la violenza :nella propria casa casi vs 19 in luogo pubblico o da amici.

CONCLUSIONI

Per rompere la lunga catena delle violenze bisogna lavorare a lungo a volte con risultati non soddisfacenti ma è necessario non demordere.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Darwin Charles. "L'origine della specie"
- 2) Mercy JA et Al Public Health Policy for preventing violence. Health Affair 12: 7-29;
- 3) Rapport mondial sur la Violence et Santé. Organisation Mondiale de la Santé Genève 2002 ;
- 4) Tjaden P, Thoennes N Full report of prevalence, incidence and consequences of violence against women; finding from The National Violence Against Women Survey. Washington DC, National Institute of Justice, Office of Justice Program and Centers Disease Control and Prevention, 2000;
- 5) Violence Against Women: a priority health issue. Mondiale de la Santé Genève 1997 ;
- 6) Kane RL, Kane.Long-term care in six countries: implications for United States Departement of Health, Education and Welfare. 1976;
- 7) Potts M. "Why Can't a Man Be More like a Woman?" Obst and Gyn Nov 2005, 106: 1060-1070;
- 8) Moreno Garcia C , Heise L " Violence Against Women" Science Nov 2005
- 9) Fanslow J, Robinson J.N.Z Medical Assoc. 2004
- 10) www.istat.it. "La violenza ed i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori dalla famiglia anno 2006" pubblicato Febbraio 2007
- 11) Guideline for medico-legal care for victims of sexual violence, WHO Geneva, 2003.