

Violenza contro le donne e salute mentale

a cura del coordinamento SIP "salute mentale della donna"

componenti: Marilisa Amorosi, Anna Rita Atti, Valentina Botter, Paola Calò, Paola Clemente, Diana De Ronchi, Silvia Ferrari, Patrizia Iacopini, Liliana Loretto, Germana Orrù, Rita Roncone, Maria Zuccolin
Coordinatrice: Carla Martino

La violenza sessuale e domestica è un fenomeno diffuso, sommerso e sempre più rilevante. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza contro le donne come *"l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o della minaccia di tale uso, rivolto contro le stesse, o contro un'altra persona...che produca, o sia molto probabile che possa produrre, lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni"*.

Sebbene uomini, donne e bambini possano tutti essere vittime di violenza, gli autori e le conseguenze sono di solito differenti per i due generi.

Mentre gli uomini sono più facilmente colpiti da estranei durante il compimento di un crimine o in guerra, le donne sono più facilmente aggredite dal loro partner uomo o da altro familiare, spesso qualcuno con cui vivono e che amano. Infatti, più frequentemente sono uccise dai loro partner piuttosto che da estranei. In Italia ogni tre morti violente una riguarda donne uccise da un marito, convivente o fidanzato (*fonte: Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità*). Tra il 2000 e il 2005 sono avvenuti 485 omicidi all'interno della coppia: nel 88,6% uomini che hanno ucciso la propria partner o ex partner. Solo nel 6% dei casi l'autore era affetto da disturbi psichici.

Dalle statistiche comunitarie in Europa la violenza rappresenta la prima causa di morte delle donne nella fascia di età tra i 16 e i 50 anni.

In Italia una recente indagine ISTAT - "la violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia" - pubblicata nel 2007 e condotta l'anno precedente (in seguito ad una convenzione con il Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità), dimostra che le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000 e, in particolare, circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner. Solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner, lo denuncia. Il sommerso continua, quindi, ad essere la norma.

Inoltre, e ben più grave, appare il dato che il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l'hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite. Nel silenzio si consuma la violenza e dal silenzio continua ad essere avvolta.

Nel nostro paese è recentissima (20 febbraio '09) l'approvazione - da parte del Consiglio dei Ministri - del decreto che prevede:

- l'inasprimento delle pene per gli autori di violenza sessuale,
- l'inserimento nell'ordinamento del reato di stalking, per cui sono previste sanzioni per gli episodi di molestie e minacce reiterate prima che possano degenerare in condotte più gravi,
- il patrocinio gratuito a spese dello Stato per le vittime di violenza sessuale e
- l'incremento del fondo anti-violenza presso il Ministero per le Pari Opportunità, per sostenere i centri anti-violenza che svolgono un ruolo fondamentale e, spesso, sottovalutato di sostegno fisico e psicologico per le vittime.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel novembre 2005 ha pubblicato una ricerca *"WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women"* che analizza i dati ricavati da interviste a 24000 donne in 10 paesi diversi geograficamente, economicamente e culturalmente. I risultati si sovrappongono in parte ai dati italiani sopramenzionati.

Lo studio conferma che la violenza contro le donne è pervasiva ed è dominante quella perpetrata dal partner. Per le donne con partner la prevalenza life-time di violenza fisica o sessuale o di entrambe, attuata dallo stesso, passa dal 15% al 71% a seconda dei paesi. In tutti i paesi l'intervistatrice è stata spesso la prima persona in assoluto a cui la donna abusata abbia rivelato la violenza domestica. Anche nei paesi dove sono disponibili servizi per donne abusate, barriere come la paura, lo stigma e il terrore di perdere i bambini ha fermato le donne dal chiedere aiuto. Molte di loro hanno rivelato una tendenza all'accettazione e alla giustificazione degli atti violenti.

La raccomandazione del Consiglio d'Europa n. 1582 del 27.09.2002 e del Comitato Economico del 22.02.2006, ha invitato gli Stati membri ad adottare misure per la tutela della salute e la sicurezza delle donne. Ha ribadito il carattere diffuso della violenza domestica contro le donne, che ne subiscono conseguenze a tutti i livelli: casa, salute, comportamento, relazioni sociali, educazione, libertà di vivere la propria vita. Questo fenomeno endemico riguarda tutti i Paesi europei ed è presente in tutte le categorie e le classi sociali. La violenza domestica può manifestarsi in diverse forme quali l'aggressione fisica, l'abuso, la violenza sessuale, le minacce e l'intimidazione. L'Assemblea ha considerato questi atti come criminali e ha invitato gli stati membri ad assumersi l'obbligo di prevenire, istruire e punire gli atti di violenza domestica, offrendo in tal modo una protezione alle vittime. Sono stati sollecitati i governi a mettere in atto politiche efficaci di sensibilizzazione e campagne di informazione per porre la popolazione nella condizione di conoscere ed essere educata sul tema.

E' stata riconosciuta la necessità e l'importanza dell'elaborazione di strategie di intervento collettivo a livello locale per prevenire il fenomeno e dare assistenza alle vittime, nonché è stato sollecitato il miglioramento delle statistiche sulla violenza domestica e l'aumento delle risorse per sostenere i servizi sociali che trattano il problema.

La letteratura nazionale e internazionale conferma che i casi di violenza subita afferenti ai servizi istituzionali sono solo una minima parte del fenomeno sommerso che avviene tra le mura domestiche; infatti, le donne sono spesso reticenti a rivolgersi alle istituzioni per sfiducia nell'avere risposte concrete e per paura di ritorsioni sia da parte del maltrattatore sia da parte dei servizi stessi, per paura di un allontanamento dei figli minori e, in generale, di un giudizio negativo sulle proprie capacità genitoriali. I centri antiviolenza e le case di accoglienza fanno emergere invece un più vasto sommerso di violenze e maltrattamenti su donne e bambini sia perché vi arrivano donne che hanno già deciso di chiedere aiuto per uscire da un legame violento, sia perché offrono più concrete risposte alle utenti.

Al pronto soccorso di un ospedale o ai servizi sanitari di tipo specialistico arrivano donne diverse, non meno sofferenti ma - di frequente - ancora incapaci di dare un nome a ciò che è avvenuto. Donne che si nascondono dietro storie di improbabili cadute accidentali o di incidenti domestici contro spigoli di porte o di altri eventi altrettanto inverosimili; donne che non riuscirebbero a pronunciare la parola violenza sessuale per descrivere rapporti subiti dopo minacce o percosse.

Gli operatori del Pronto Soccorso, dei servizi territoriali (CSM, consultori, Ser.T) e i medici di medicina generale, anche se hanno di sicuro incontrato nella loro professione persone che hanno subito violenze, maltrattamenti fisici o psicologici, raramente hanno gli strumenti culturali necessari per riconoscerle.

A questo proposito, la ricerca multicentrica "Rete Antiviolenza" tra le città "Urban Italia - seconda fase" (2002-2005), coordinata dal Dipartimento per le Pari Opportunità, analizza una serie di dati utili a comprendere la fenomenologia della violenza contro le donne e la percezione che ne hanno sia i cittadini che gli operatori. Indaga in maniera specifica 6 tipologie di servizi pubblici giudicati rilevanti nell'operare direttamente o indirettamente contro la violenza: consultori, commissariati di polizia, centri di salute mentale, ser.T, pronto soccorso ospedalieri, servizi sociali di base.

Conferma che l'incontro con i casi di violenza sessuale da parte dei servizi è occasionale, scarsa è la riconoscibilità delle vittime da parte dei professionisti, probabilmente per mancata percezione e riconoscimento del fenomeno, mentre maggior sensibilità si ha invece da parte degli stessi sui casi di maltrattamento.

Per quanto riguarda la violenza sessuale, nell'emergenza le vittime vengono intercettate principalmente dal pronto soccorso e dalle forze dell'ordine mentre, successivamente, vengono rilevate in prevalenza dai servizi psichiatrici per il forte impatto che questo tipo di aggressione determina sull'equilibrio psichico della donna.

I maltrattamenti vengono rilevati prevalentemente nei commissariati, seguiti dai pronto soccorso e dai ser.T.

La ricerca sottolinea che il fenomeno violenza di genere, a differenza di quegli indicatori di emarginazione, povertà, disoccupazione, tossicodipendenza, pare quasi avulso dal contesto

sociale e, come tale, viene poco intercettato dai servizi sociali stessi, mentre più frequentemente viene riconosciuto dai servizi specialistici. La violenza domestica è, infatti, uno dei fattori che influiscono più pesantemente e negativamente sulla salute psicofisica della donna.

Studi epidemiologici internazionali hanno dimostrato conseguenze fisiche, psicologiche e sociali della violenza che, oltre ad essere un grave evento traumatico ed un'esperienza intollerabile che annienta il senso di integrità personale, provoca danni di lungo periodo ed è anche fattore eziologico in una serie di patologie rilevanti per la popolazione femminile.

La vittima di violenza sessuale può sviluppare disturbi psichici e fisici - oltre che psicosomatici - sia a breve che a lungo termine, collocabili all'interno di un range di gravità molto ampio, in relazione alle caratteristiche dell'abuso, all'identità dell'aggressore, alla vulnerabilità e alla situazione psicologica della vittima, alla rete di supporto familiare e sociale.

Particolare attenzione è stata data dall'OMS alle patologie mentali: disturbo acuto da stress (diagnosticato nel 97% delle vittime a una settimana dalla violenza sessuale e nel 47% a tre mesi dal trauma), disturbo post-traumatico da stress (dal 13 al 70%), disturbi depressivi (dal 44% al 59% anche a distanza di anni), sintomi d'ansia, abuso di sostanze, bassa autostima, distress psicologico, disfunzioni sessuali. Fra le donne che hanno subito violenza si riscontra anche una maggiore frequenza di suicidio.

Sono descritti una serie di disturbi fisici acuti e cronici: lesioni determinate direttamente dai traumi (ecchimosi, fratture, denti rotti, aborti ripetuti, lesioni del timpano...), patologie ginecologiche, gastro-enterologiche, disturbi alimentari, asma, tachicardia, emicrania, abuso di alcol e sostanze, oltre al rischio di gravidanze indesiderate o di malattie sessualmente trasmesse.

Tali disturbi psicofisici influiscono negativamente sulle capacità della donna di prendersi cura della sua famiglia, influenzando indirettamente anche la salute degli altri suoi membri.

La violenza e l'abuso sessuale durante i primi anni di vita sono predittori di disturbi mentali tardivi, specialmente la depressione. Essere aggredito o essere testimone di aggressioni in famiglia durante l'infanzia o l'adolescenza aumenta, sia nelle donne che negli uomini, il rischio di disturbi mentali, di bassa autostima e di conseguente coinvolgimento in relazioni abusanti.

Lo psichiatra, quindi, ha un potenziale ruolo chiave nel far emergere i casi di violenza subita, sia per la sua attitudine a raccogliere un'anamnesi approfondita, sia per la sua tendenza ad analizzare possibili eventi di vita negativi in presenza di una paziente depressa. Dalla ricerca "Urban - seconda fase" emerge che sintomi d'ansia e di depressione vengono in generale tenuti in considerazione dagli operatori della Salute Mentale come possibile conseguenza di una violenza subita. Dalla stesso studio emerge che anche gli operatori dei Ser.T, più sensibili a sintomi quali autodistruttività, abuso di sostanze, disadattamento sociale, possono giocare un ruolo importante nella rilevazione dei casi di maltrattamenti.

La prevenzione di ulteriori danni per la donna e per la sua famiglia è possibile solo se la diagnosi di violenza domestica viene posta precocemente; l'ascolto, la comprensione, l'empatia sono necessari, ma non sufficienti a determinare nella donna la scelta di uscire dalla violenza, che richiede di iniziare un percorso ben più lungo e tortuoso con tempi molto diversificati.

L'analisi delle pratiche e degli interventi dei servizi rileva, invece, la presenza di procedure precodificate dalla legge da parte dei commissariati e l'assenza quasi totale di protocolli di intervento tra gli operatori dei servizi che agiscono "per conto proprio" (80,6%), spesso per sensibilità personale al problema.

Le professioni sanitarie, e in particolare quella dello psichiatra, hanno quindi un ruolo emergente nel riconoscimento e nella rilevazione dei casi di violenza e, nel contempo, sono le più sprovviste di protocolli di intervento e di pratiche mirate. Spesso è necessaria una presa in carico integrata, fisica e psichica, della vittima di violenza sia per il trattamento, sia in acuto, che per la prevenzione dei disturbi psico-fisici che insorgono nel medio-lungo termine.

Anche le raccomandazioni del World Health Organization si indirizzano primariamente, oltre che ai servizi di medicina riproduttiva, a quelli di salute mentale per la rilevazione dei casi di violenza e il loro riconoscimento come importante fattore di influenza negativa sulla salute mentale della donna.

"The International Consensus Statement on Women's Mental Health and the WPA Consensus Statement on Interpersonal Violence against Women", pubblicato nel 2006 (vedi sito WPA), raccomanda dei programmi di supporto per migliorare la formazione degli psichiatri a riconoscere e trattare le vittime di violenza. Questa formazione dovrebbe includere, al primo punto, un'inchiesta di routine sulla violenza e la vittimizzazione in tutti i contesti psichiatrici, il riconoscimento del ruolo della violenza e dello stupro nella genesi di molte patologie psichiatriche e nelle indicazioni di trattamento.

Raccomanda, inoltre, programmi di trattamento specifici per pazienti vittime di violenza, sia ricoverate che ambulatoriali, supporta programmi di ricerca per sviluppare e valutare i migliori trattamenti. Raccomanda una presa di coscienza - sia da parte delle varie professioni sanitarie che dei cittadini - del concetto che la violenza contro le donne è un determinante critico della loro salute mentale.

Esplora le opportunità per collaborazioni interprofessionali (legali, sociali, mediche e politiche) a livello internazionale per prevenire e migliorare questo fenomeno, specie in guerra.

Promuove la ricerca di interventi socioculturali e psicoeducazionali per eliminare quell'idea di donna-oggetto, causa determinante della sua vittimizzazione, censurando quelle dichiarazioni pubbliche che tendono a normalizzare la violenza come un fenomeno accettabile.

C'è ancora molta strada da fare: i servizi sociali e sanitari, psichiatrici in particolare, devono riconoscere la propria valenza nell'accogliere le donne che subiscono violenza.

La strada è quella di una formazione orientata su specifici problemi di genere in modo da saper cogliere anche ciò che le donne maltrattate non osano o non vogliono esprimere e comunicare fino

in fondo, come se rivelare la propria condizione non fosse un atto di forza, ma una mancanza di dignità e un'ammissione del proprio fallimento.

La costruzione della rete dei servizi che si occupano di azioni di contrasto alla violenza domestica e sessuale è azione imprescindibile per l'invio/accompagnamento delle donne presso i centri più adeguati.

La proposta di aprire all'interno dei pronto soccorso ospedalieri di maggiore affluenza sportelli dedicati ad aiutare le donne che subiscono violenza domestica costituisce una risorsa per incentivare la diagnosi precoce e per supportare gli operatori sanitari che si confrontano con una problematica così complessa: tuttavia, ogni DEA dovrebbe aver già adottato linee guida di intervento che prevedano la presa in carico fisica, psicologica e legale della donna.

Gli "sportelli dedicati" sono presenti a macchia di leopardo sul territorio italiano e sono di pertinenza variabile: sanitaria, sociale, di amministrazioni locali, associazionistica e del privato sociale; dovrebbero fornire tutti un intervento coordinato di figure professionali diverse.

In altri termini, una volta riconosciuto che quella donna ha un problema più ampio rispetto alla ferita o alla malattia per cui si è rivolta ad un Servizio Sanitario, bisogna essere in grado di fornire, attraverso una specifica accoglienza e all'attivazione successiva della risorsa "sportello", tutte le informazioni necessarie sulla rete attivabile. Per maturare una decisione autonoma e per uscire dalla situazione di violenza, la donna necessita di tempo; gli aiuti e sostegni che si attiveranno attorno a lei, anche e soprattutto quelli di una ricostituita rete amicale e parentale o di una nuova rete dei servizi specialistici, sono fondamentali. La necessità di tutelare la vittima e gli eventuali figli deve essere sempre tenuta presente.

A volte proprio l'avvio di un'indagine giudiziaria accentua il rischio per la donna di subire ulteriori e più gravi violenze e una possibile offerta di aiuto da utilizzare in un futuro più o meno prossimo può essere più utile per la donna di un atto di forza, quale la denuncia di reato, specialmente se effettuata senza il suo consenso.

La riflessione è quella di un'integrazione tra varie prassi e saperi specialistici (medici, psicologici e sociali) con un approccio di genere olistico e fenomenologico con l'obiettivo di una considerazione innovativa della salute della donna.

In conclusione, per contrastare la violenza generando al contempo un cambiamento culturale e sociale, sono necessarie azioni sinergiche: sensibilizzare e informare, promuovere attività di educazione sulle generazioni più giovani, interventi di prevenzione e di cura, attivazione di rapporti fecondi di collaborazione tra le strutture sul territorio e l'ospedale.

BIBLIOGRAFIA:

1. *"The International Consensus Statement on Women's Mental Health and the WPA Consensus Statement on Interpersonal Violence against Women"*. Donna E. Stewart. *World Psychiatry* 5:1
2. *When home is no longer safe: intimate partner violence*". Mahmoud F Fathalla. www.thelancet.com, 366, dec 3, 2005
3. WHO. *WHO multy-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva WHO, nov 24, 2005
4. *Violence against women*. C Garcia Moreno et al. *Science*, 310, nov 25, 2005
5. *WHO Ethical and Safety Reccomendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergency*. Geneva WHO, 2007
6. *La violenza sessuale*. E Marchiori, D De Ronchi. In: *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson 1999 pp 3836-3889
7. *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia – anno 2006*. Dati ISTAT. 21 feb 2007 (a cura di LL Sabbadini e MG. Muratore)
8. *La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori sociosanitari*. (a cura di Alessandra Kustermann, Marinella D'innocenzo). In: *Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto della commissione sulla salute delle donne*. Ministero della Salute, 8 marzo 2008
9. *Il silenzio e le parole - Il Rapporto nazionale "Rete Antiviolenza" tra le città Urban-Italia* (a cura di A Basaglia, MR Lotti, M Misiti, V Tola). Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità
10. *Violenza sulle donne: epidemiologia in Italia. 2008*. (a cura di A Citerensi, V Dubini)