

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE
FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE
CURRICULUM SVILUPPO E ISTRUZIONE

TESI DI LAUREA TRIENNALE

“Violenza alle donne e risposte dei servizi sanitari”

Laureanda: Chiara Fiume

Relatrice: Dott.ssa Patrizia Romito

Anno Accademico 2007/2008

*Con tanto affetto
a mia nonna Clementina
che ci ha lasciato troppo presto*

*Oggi ho ricevuto fiori
non era il mio compleanno
e nessun altro giorno speciale.*

*La scorsa notte abbiamo
avuto la nostra prima lite
e mi ha detto tante cose crudeli
che mi hanno ferita.*

*Io so che gli dispiace
e che non pensava tutte le cose che mi ha detto,
perché oggi mi ha mandato fiori.*

*Oggi ho ricevuto fiori
non era il nostro anniversario
e nessun altro giorno speciale.*

*La scorsa notte mi ha sbattuta
contro il muro e ha cercato di strangolarmi.
Mi sembrava come un incubo
non riuscivo a credere che stava succedendo realmente.*

*Mi sono svegliata stamattina
nel dolore e piena di lividi.
So che gli dispiace
perché oggi mi ha mandato fiori.*

*La scorsa notte mi ha picchiata
ed è stato peggio delle altre volte.
Ma, se lo lascio, poi cosa faccio?
Come farò ad occuparmi dei bambini?
Di che cosa vivo?
Ho paura di lui e ho paura di lasciarlo.
Però so che sicuramente gli dispiace
perché oggi mi ha mandato fiori.*

*Oggi ho ricevuto fiori.
Oggi era un giorno speciale.
Era il giorno del mio funerale.
La scorsa notte mi ha finalmente ammazzata.*

*Mi ha picchiata fino alla morte.
Se solo avessi avuto abbastanza forza
e coraggio di lasciarlo,
oggi non avrei ricevuto fiori.*

(Donna anonima)

Ringrazio la dott.ssa Romito per aver suscitato l'interesse verso la materia trattata, nonostante la complessità delle problematiche legate all'argomento.

È merito dei corsi di formazione dell'Associazione Belluno-DONNA, e dell'esperienza lavorativa presso il centro anti violenza, se ho avuto gli stimoli per affrontare la ricerca presso il Pronto Soccorso di Belluno.

E in questo modo, grazie all'approvazione del progetto da parte del Direttore Generale dell'ULSS di Belluno, oltre che alla collaborazione del Primario e del personale del reparto del Pronto Soccorso, mi è stato reso possibile vivere un'importante esperienza umana oltre che professionale.

INDICE

Presentazione - “Violenza alle donne e risposte dei servizi sanitari”	2
Capitolo 1 - La violenza di genere.....	4
1.1 Definizione del fenomeno della violenza di genere.....	4
1.2 La violenza domestica.....	5
1.3 Le diverse forme di violenza.....	6
1.4 Conseguenze della violenza.....	7
1.5 La reazione della donna alla violenza.....	9
1.6 I Centri antiviolenza.....	10
Capitolo 2 - Il riconoscimento della violenza.....	12
2.1 Il riconoscimento della violenza da parte del personale socio sanitario.....	12
2.2 Ostacoli al riconoscimento del fenomeno.....	14
2.3 Le strategie dell'occultamento.....	15
Capitolo 3 - La ricerca in un Pronto Soccorso.....	19
3.1 Obiettivi della ricerca.....	19
3.2 La procedura per la realizzazione della ricerca.....	19
3.3 Lo svolgimento della ricerca.....	20
3.4 Casi di violenza dichiarata.....	23
3.5 Casi di violenza presunta.....	23
Capitolo 4 - I dati della ricerca.....	24
4.1 Presentazione dei dati relativi ai casi di violenza dichiarata.....	24
4.1.1 L'età della vittima.....	24
4.1.2 La nazionalità della vittima.....	25
4.1.3 La relazione tra l'aggressore e la vittima.....	26
4.1.4 Il luogo dell'aggressione.....	27
4.1.5 L'orario dell'aggressione.....	27
4.1.6 Il codice d'urgenza.....	28
4.1.7 I giorni di prognosi.....	28
4.1.8 I tipi di diagnosi.....	29
4.2 Presentazione dei dati relativi ai casi di violenza supposta.....	30
4.2.1 L'età della donna.....	31
4.2.2 La nazionalità della donna.....	32
4.2.3 Il codice d'urgenza.....	32
4.2.4 I giorni di prognosi.....	33
4.2.5 La diagnosi in donne di età inferiore ai 60 anni.....	33
4.2.6 La diagnosi in donne di età superiore ai 61 anni.....	34
Capitolo 5 - Alcuni casi di violenza dichiarata e supposta.....	36
5.1 Alcuni casi di violenza dichiarata.....	36
5.2 Alcuni casi di violenza supposta.....	39
Capitolo 6 - Conclusioni e considerazioni finali.....	42
Bibliografia.....	45

Presentazione

“Violenza alle donne e risposte dei servizi sanitari”

Il corso di psicologia di comunità, tenuto dalla Dott.ssa Romito presso l'Università degli Studi di Trieste, è stata l'occasione per chi scrive di entrare in contatto con l'Associazione Onlus Belluno-DONNA, e di conoscere le relative attività svolte nel territorio bellunese: esse vanno dall'offerta di ascolto e accoglienza alle donne maltrattate, ai corsi di formazione per volontarie del centro antiviolenza, fino alle campagne di informazione e autofinanziamento. È grazie a questi contatti, e all'attività lavorativa svolta all'interno del centro antiviolenza di Belluno e della casa rifugio, che è cresciuto l'interesse per questo fenomeno. A livello mondiale, si stima che la violenza maschile sia causa di morte o di invalidità per le donne in età riproduttiva in maniera paragonabile al cancro. È anche motivo di cattiva salute in misura maggiore rispetto all'insieme delle conseguenze degli incidenti d'auto e della malaria. Inoltre, se per molto tempo quello che accadeva nelle case tra moglie e marito, tra padre e figlia era un fatto che restava nel silenzio, dagli anni '70 hanno iniziato ad avere un nome le violenze crudeli sulle donne che avvenivano anche al di fuori della mura domestiche.

Per ottenere alcuni dati relativi all'utilizzo di una struttura d'emergenza da parte di donne maltrattate nella provincia di Belluno, grazie alla collaborazione dell'Associazione Belluno Donna, è stato possibile svolgere una ricerca presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Martino di Belluno (BL). Uno degli obiettivi dell'indagine era mettere in luce la difficoltà del riconoscimento, da parte degli operatori sanitari, della violenza di genere.

In questo lavoro di tesi viene trattato solo in parte il diffuso fenomeno della violenza contro le donne. L'elaborato è il risultato di alcuni mesi di ricerca, durante i quali è stato preso in esame un campione di cartelle cliniche nel quale sono stati evidenziati i casi di violenza dichiarata e presunta. Per presentare quanto emerso si

è deciso di dedicare un **primo capitolo** introduttivo sulla violenza di genere, andando in particolar modo a descrivere le modalità e gli effetti della violenza domestica.

Il **secondo capitolo** viene invece più incentrato sul problema del non riconoscimento della violenza, specificandone le strategie di occultamento.

Il **terzo** tratta la metodologia applicata alla ricerca svolta presso il Pronto Soccorso, spiegando quali voci dei referti analizzati sono state prese in considerazione.

Nel **quarto capitolo** si riassumono in tabelle alcuni dei risultati della ricerca, mentre nel **quinto** vengono riportati, a titolo d'esempio, gli accessi maggiormente significativi.

Le conclusioni, esposte nel **sesto capitolo**, evidenziano la gravità dei risultati ottenuti oltre che le difficoltà legate al riconoscimento e alla gestione dei casi di violenza da parte del personale sanitario.

È auspicabile che questo elaborato contribuisca a migliorare la conoscenza sulla diffusione del fenomeno della violenza di genere, che ogni anno uccide, tortura e mutila, sia fisicamente che psicologicamente, sessualmente ed economicamente migliaia di donne.

Capitolo 1

La violenza di genere

1.1 Definizione del fenomeno della violenza di genere

Per violenza di genere si intende la violenza di uomini contro donne e bambine: è stata invisibile fino a tempi molto recenti non perché fosse tenuta nascosta, ma perché era talmente connaturata con la tradizione, i valori dominanti e le leggi da passare inosservata, quasi fosse un evento naturale. Basti pensare che lo stesso Codice penale italiano giustificava, fino all'inizio degli anni '80, violenze estreme contro le donne come il delitto d'onore¹, e che in alcuni paesi degli Stati Uniti è ancora in vigore l'esenzione coniugale (Romito, 2000, pag. 9-10)². Solo il movimento femminista è stato in grado di far emergere (insieme ad altre numerose situazioni di disparità di genere) la diffusione del fenomeno della violenza sulle donne, cercando di scardinare la concezione patriarcale della famiglia e della società. La violenza, finalmente, venne riconosciuta come strumento di oppressione e assoggettamento usato dall'uomo sulla donna. Come sottolinea Sheila Henderson nel suo documento per il Consiglio d'Europa *"La violenza maschile contro le donne e bambine serve a mantenere il controllo ed è legata allo squilibrio di potere tra i generi nella nostra società"* (Henderson, 1997). Le numerose ricerche rivelano che la violenza di genere non è legata solamente a particolari patologie psichiatriche o a determinate condizioni sociali, ma è un fenomeno trasversale sia per quanto riguarda gli aggressori che le vittime. Inoltre, i dati delle ricerche rivelano che la violenza sulle donne è un fenomeno

¹ L'articolo 587 riduceva drasticamente le pene di chiunque uccidesse la/il coniuge, la figlia o la sorella, se riteneva che con il loro comportamento sessuale avessero offeso "l'onore suo e della sua famiglia" (Romito 2005)

² Per esenzione coniugale si intende l'eccezione per cui lo stupro, compiuto dal marito ai danni della moglie, non è considerato un reato.

molto diffuso: almeno una donna su cinque subisce nel corso della sua vita uno stupro o un tentativo di stupro; una su quattro fa l'esperienza di essere maltrattata da un partner o da un ex partner; quasi tutte le donne hanno subito una o più molestie di tipo sessuale, telefonate oscene, esibizionismi etc. (Henderson, 1997). Per venire incontro alle numerose donne maltrattate, negli anni Settanta nascono le prime linee telefoniche, i primi Centri Antiviolenze e le Case rifugio. Questi, oltre ad offrire dei servizi importanti alla persona, diventano i primi osservatori sul mondo della violenza di genere.

1.2 La violenza domestica

La violenza domestica o di coppia consiste in violenze esercitate dal marito o da un partner o ex partner sentimentale (Romito, 2000). Le violenze sono quasi sempre multiple e ripetute, lo scopo è quello di esercitare un potere di controllo e coercizione sulla donna, che viene considerata inferiore da chi le usa violenza. Quest'ultima può essere esercitata sotto diverse forme: fisica, sessuale, psicologica, economica, spirituale, senza dimenticare lo stalking. Tra l'altro, da una ricerca effettuata sulle donne che si sono rivolte ai Centri Antiviolenza della regione Emilia-Romagna della durata di due anni, si evince chiaramente come vi sia la presenza simultanea di varie forme di violenza, in particolare all'interno delle relazioni di coppia: l'81% delle donne accolte ha subito violenze psicologiche, il 57% violenze fisiche, il 40% violenze economiche ed il 26% violenze sessuali. L'autore della violenza è risultato essere nel 79% il partner, il 13% l'ex partner, negli altri casi si tratta di amici o conoscenti, familiari o estranei (Creazzo, 2003). La violenza domestica è un fenomeno diffuso: il 20-30% delle donne ha subito violenze fisiche o sessuali da un partner o ex partner nel corso della vita e per periodi che possono essere di alcuni mesi o addirittura di decine d'anni (Koss *et al.*, 1994).

La violenza sulle donne può essere grave a tal punto da sfociare nell'omicidio, infatti, in circa l'80% dei casi di donne uccise da un compagno, vengono assassinate in seguito ad anni di violenze subite, di solito dopo la separazione o il

divorzio (Edleson, 1999, Peled 2000, Campbell *et al.*, 2003). Questo non avviene invece nei casi di uomini vittime di omicidio. Negli Stati Uniti solo il 4% degli uomini assassinati tra il 1976 e il 1996 era stato ucciso da mogli, ex mogli o compagne³. Se si prendono in considerazione invece i dati relativi alla violenza in Italia, risulta che ogni 4 giorni una donna viene uccisa per mano del compagno o ex⁴. Nonostante i dati confermino l'estensione del fenomeno, bisogna ricordare che questi rappresentano solo una sottostima del fenomeno, la cosiddetta *punta dell'iceberg*.

La violenza domestica tocca da vicino anche i bambini i quali, oltre ad assistere ai maltrattamenti, possono essere loro stessi oggetto di soprusi: infatti, quasi i due terzi dei mariti violenti lo sono anche nei confronti dei figli. Questo aspetto aumenta maggiormente la portata del fenomeno.

1.3 Le diverse forme di violenza

Le violenze possono essere distinte in fisiche e psicologiche: per le prime si fa riferimento ad atti quali spintonare, scrollare, tirare i capelli, dare schiaffi, pugni, calci, morsi, colpire con oggetti, strangolare, ustionare, ferire con coltelli, torturare, in alcune culture infliggere mutilazioni genitali ed infine uccidere. Nelle seconde, invece, vanno comprese le minacce, l'isolamento da parenti ed amici, l'aggressione verbale, gli insulti anche di fronte a terzi, le colpevolizzazioni e le umiliazioni. Anche il controllo delle attività e delle relazioni della donna, il rompere gli oggetti a lei cari, o il torturare e l'uccidere gli animali domestici vanno considerate come forme di violenza psicologica. Essa contribuisce ad esercitare un controllo e dominio totale sulla donna, limitandone l'autonomia e distruggendone l'identità e l'autostima. Le violenze psicologiche sono molto più frequenti e altrettanto distruttive (Ventimiglia, 1996; Creazzo, 2003; Romito *et al.*, 2005).

³ World Health Organisation, *World report on violence and health*, Geneva, 2002

⁴ Dati estrapolati dai rapporti omicidi volontari in Italia, Eu.r.e.s., del 2002 e 2005.

Oltre a quelle sopraelencate, vanno aggiunte le violenze e le molestie sessuali: esse si manifestano con battute e prese in giro a sfondo sessuale, col fissare insistentemente ed in modo allusivo, con l'esibizionismo o le telefonate oscene, obbligando a prendere parte alla realizzazione o alla visione di materiale pornografico, con palpeggiamenti a sfondo sessuale non voluti o rapporti sessuali imposti, oltre al costringere a comportamenti sessuali umilianti e dolorosi fino ad arrivare allo stupro, a gravidanze o aborti imposti e allo sfruttamento sessuale.

Non va dimenticato il maltrattamento economico, il quale consiste nel controllo dello stipendio della donna o delle entrate familiari, impedendole quindi qualsiasi decisione in merito e non dandole di che vivere, nell'obbligo a lasciare il lavoro o a non trovarsene uno, nella costrizione a firmare documenti o a intraprendere iniziative economiche, mutui o truffe, contro la propria volontà.

A quanto sopra elencato vanno aggiunti la violenza spirituale e lo stalking. Con la prima si fa riferimento alla distruzione dei valori e della fede religiosa di una donna attraverso la ridicolizzazione sistematica, alla costrizione, con la violenza o il ricatto, a fare cose che sono contrarie ai propri valori, o a non fare cose che sono obbligatorie. Nello stalking, invece, rientrano i pedinamenti, le telefonate continue e minatorie, gli appostamenti sotto casa o sul luogo di lavoro e il danneggiamento di oggetti a scopo intimidatorio.

1.4 Conseguenze della violenza

Le conseguenze della violenza possono essere molto serie sia per quanto riguarda la salute, l'integrità fisica e psicologica della donna, sia per le ricadute sui figli che assistono alla violenza e/o sui parenti e amici della donna che cercano di aiutarla.

La violenza all'interno della coppia assume generalmente una dinamica caratterizzata da un progressivo aggravarsi della frequenza e dell'intensità degli atti violenti, causando danni fisici e psichici, a breve e lungo termine, fino a provocare, in alcuni casi, gravi invalidità, il suicidio o l'omicidio della donna.

Le conseguenze di carattere fisico possono essere:

- ✓ ferite di vario genere come bruciature, tagli, ematomi agli occhi, commozione cerebrale, fratture degli arti e del volto (mascella), lesioni intraddominali;
- ✓ danni permanenti: alle articolazioni, perdita parziale dell'udito o della vista, cicatrici dovute a morsi, bruciature, problemi ai denti e dolori;
- ✓ la violenza subita in gravidanza può portare a distacco di placenta, rottura del fegato, dell'utero, della milza, emorragia preparto, parto pretermine, basso peso del nascituro, nascita del feto morto;
- ✓ lesione a seni, addome e zona genitale, lacerazioni anali o vaginali;
- ✓ Aids e malattie sessualmente trasmesse e infezioni del tratto genito-urinario;
- ✓ Gravidanze non desiderate ed aborti;
- ✓ Disturbi dell'alimentazione e del sonno, che posso rientrare anche nelle conseguenze a carattere psicologico;
- ✓ Morte.

I danni psicologici della violenza si manifestano con:

- ✓ Sindrome Post Traumatica da Stress: ipervigilanza manifestata con ansia, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, ri-esperienza del trauma (flashback e incubi) e condotte di evitamento;
- ✓ Depressione⁵;
- ✓ Perdita di autostima;
- ✓ Autocolpevolizzazione;
- ✓ Disperazione e senso di impotenza;
- ✓ Attacchi di ansia e panico;
- ✓ Irritabilità e difficoltà a gestire la rabbia;
- ✓ Abuso di alcolici e droghe;
- ✓ Problemi sessuali;
- ✓ Disturbi alimentari;
- ✓ Ideazione suicidaria.

⁵ Almeno una donna su due che soffre di depressione ha subito o subisce violenze (Romito *et al.* 2004).

Una ricerca dimostra che l'aver subito un'aggressione fisica o sessuale negli ultimi dodici mesi aumenta il rischio di depressione, sindrome post traumatica da stress, consumo di alcool, di psicofarmaci e di cure mediche, inoltre il rischio di suicidio aumenta dalle 19 alle 26 volte (Romito, 2006).

Oltre alle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza può comportare ai danni di una donna maltrattata, si ricordano degli effetti che riguardano la sfera materiale e relazionale:

- ✓ isolamento sociale e familiare;
- ✓ perdita di relazioni significative;
- ✓ perdita del lavoro e della condizione economica precedente;
- ✓ perdita della casa;
- ✓ assenze o abbandono del lavoro se connesso alla violenza
- ✓ incapacità di ritrovare fiducia negli uomini;
- ✓ difficoltà a mantenere una relazione con un nuovo partner.

1.5 La reazione della donna alla violenza

Individuare i segni della violenza nelle relazioni di intimità non è facile: il riconoscimento passa attraverso il superamento di ostacoli presenti spesso nelle procedure e nell'approccio degli operatori/trici e nei professionisti/e che incontrano per motivi diversi le donne. Anche lo stesso comportamento della donna può indurre a "non vedere" la violenza.

Alcune donne, grazie alla loro capacità di riconoscere la violenza, di analizzare ciò che accade e di reagire, e grazie al supporto esterno, riescono a interrompere la relazione già dopo i primi episodi di prevaricazione fisica o psicologica. Altre, invece, devono compiere un lungo percorso attraverso il quale imparano a riconoscere la gravità della violenza subita, riconquistano la fiducia in se stesse, e trovano il coraggio di allontanarsi da chi usa loro violenza.

Le donne maltrattate possono confidarsi con amici e parenti, oppure si recano dal medico di base, dal ginecologo o in pronto soccorso, incontrano l'assistente sociale per varie problematiche, chiedono aiuto alle forze dell'ordine, generalmente dopo molti episodi di violenza. Queste sono tutte occasioni che la donna può cogliere per chiedere supporto ed essere aiutata nel concreto. D'altro canto, però, anche se la donna riconosce di vivere una situazione di violenza e decide di svelarlo, nella maggior parte dei casi incontra ulteriori ostacoli, come il tipo di reazione, o l'assenza di risposta da parte della famiglia, della rete amicale e dei servizi.

1.6 I Centri antiviolenza

Una prima risposta al problema della violenza sulla donna è stata la nascita dei Centri antiviolenza, inaugurati in Inghilterra all'inizio degli anni '70. Essi, oltre ad offrire un luogo di ascolto e confronto sul fenomeno, si rivolgono a tutte le donne che hanno subito e che subiscono violenza fisica, psicologica, economica e sessuale, indipendentemente dalla loro età, religione, nazionalità, origine etnica, orientamento sessuale, condizione sociale, handicap e credo politico. I centri, oltretutto, assolvono anche una funzione politica nel creare la consapevolezza relativamente all'ambito sociale, storico, culturale in cui si sviluppa la violenza di genere, condannando ogni forma di violenza sulle donne e scegliendo di stare dalla parte della vittima.

Nel concreto i centri antiviolenza, che nascono nella maggior parte dei casi da iniziative spontanee di gruppi di donne, offrono gratuitamente ascolto, sostegno e consulenze specialistiche. Uno dei principi base del lavoro che viene svolto all'interno dei centri è quello di promuovere l'empowerment e l'autodeterminazione della donna. Tra l'altro, essi offrono, se necessario, ospitalità alla donna ed eventualmente ai suoi figli, dandole un luogo sicuro in cui rifugiarsi.

Trattando numerosi casi nel corso degli anni di attività, i centri antiviolenza si sono rivelati essere le strutture più preparate e formate per intervenire sul problema della violenza alle donne, fornendo quindi un servizio insostituibile.

Da anni i centri denunciano, non solo l'estensione del fenomeno della violenza, ma anche l'insufficienza delle risorse messe a disposizione per prevenirlo e combatterlo: solo in Emilia Romagna una decina di centri antiviolenza ha accolto 1119 donne vittime di violenza in soli 3 anni (Creazzo, 2003).

Un altro punto essenziale del lavoro dei centri è la promozione di eventi, la divulgazione, la formazione anche di professionisti, la sensibilizzazione, la diffusione di buone prassi e le campagne di prevenzione sul tema della violenza contro le donne e la violazione dei loro diritti.⁶

⁶ www.casadonne.it

Capitolo 2

Il riconoscimento della violenza

2.1 Il riconoscimento della violenza da parte del personale socio sanitario

Nonostante il fenomeno della violenza sia drammaticamente diffuso, anche a livello internazionale mancano ricerche approfondite mirate ad evidenziare il ruolo dei servizi sociali e sanitari e del relativo personale.

Le donne, condizionate a tacere della loro esperienza, non sempre si rivolgono ai servizi o al personale socio sanitario. Alcuni dati, infatti, confermano che solo un quarto di queste ne aveva parlato ad un medico (Rodgers, 1994) e che, tra le donne picchiate in gravidanza, intervistate da Stewart Helton (Stewart Helton, 1987) solo un terzo l'aveva fatto.

Anche nel caso in cui la donna si rivolga ai servizi per problemi di salute conseguenti ai maltrattamenti o agli abusi, non sempre segnala le violenze subite e può anche cercare di nasconderle riferendo, dopo essersi recata al Pronto Soccorso, di essersi procurata delle ferite e delle contusioni a causa, ad esempio, di incidenti domestici. A volte le donne consultano il medico di famiglia per problemi psicologici o "psicosomatici", non rivelando però la situazione che li ha causati. Nonostante la violenza lasci segni evidenti, molti casi di maltrattamento passano inosservati poiché il personale sanitario sembra non riconoscerla; uno studio americano rivela che sulle 481 donne che si erano rivolte in un mese al Pronto Soccorso di una grande città americana, solo nel 2,8% dei casi il medico aveva riconosciuto che le lesioni erano il risultato di un'aggressione, mentre un'analisi delle cartelle cliniche aveva evidenziato come si poteva parlare di maltrattamenti in almeno il 10% dei casi (Stark *et al.*, 1983).

Inoltre alcune ricerche mostrano come il personale sanitario non solo non sia formato per riconoscere la violenza ma spesso assuma i più vietati e pericolosi

pregiudizi in proposito. Uno studio svolto in Italia⁷, che coinvolgeva medici di medicina generale, di pronto soccorso, ginecologi, ostetriche, assistenti sociali e psicologi, aveva evidenziato la completa mancanza da parte degli operatori di conoscenze e strumenti adeguati per poter riconoscere la violenza: la maggior parte degli operatori affermò infatti di non aver mai incontrato, nel corso della propria attività professionale, casi di donne vittime di maltrattamenti domestici nonostante molte di queste si fossero rivolte ai centri antiviolenza del territorio.

I risultati mostrano inoltre la diffusione tra gli operatori di pregiudizi e stereotipi sulla violenza contro le donne: la maggioranza degli intervistati credeva che fosse un fenomeno diffuso tra le classi socio-culturalmente inferiori, causata dalla disoccupazione, dall'abuso di alcool, droghe e da problemi psicologici dell'aggressore; che la donna fosse responsabile della violenza subita perché masochista e che non potesse venir violentata contro la propria volontà (Gonzo, 1997). In particolare, i medici di medicina generale lo consideravano un fatto privato tra marito e moglie, giustificando con più facilità i maltrattamenti, sebbene anche editoriali di medicina la definiscano come "un'epidemia" che causa più lesioni alle donne degli incidenti d'auto, degli stupri e delle violenze inflitte da sconosciuti considerati complessivamente (Jones, 1993).

Vari studi mettono in luce come le donne desiderino parlare delle violenze subite: la maggior parte delle pazienti intervistate pensa che il medico curante dovrebbe porre di routine a tutte le assistite domande su possibili violenze subite nel corso della vita (Romito, 2004).

Fondamentali sono le risposte che le donne ricevono dai servizi sanitari. Una ricerca svolta negli Stati Uniti mostra che su un campione di donne uccise da un partner o ex dopo anni di violenze, la metà di loro si era recata più volte al Pronto Soccorso nei due anni precedenti la loro morte, per lesioni, attacchi di panico, e tentativi di suicidio. Il personale sanitario aveva riconosciuto la violenza solo in pochi casi ed inoltre, sebbene nelle cartelle cliniche ci fossero riferimenti alla

⁷ Si tratta di un'indagine condotta nel 1994-1995 da Lucia Gonzo sui medici ed operatori socio-sanitari di Bologna in merito alla valutazione del problema della violenza sulle donne.

violenza "domestica" non ci fu alcun intervento (Wadman e Muelleman, 1999). Questi ed altri dati confermano che la violenza di genere resta invisibile nei servizi sanitari e che solo raramente le donne ricevono le cure e attenzioni necessarie (Koss *et al.*, 2003).

Il non voler riconoscere la violenza ed agire per contrastarla implica, inoltre, dei costi sia a livello economico sia sociale. Basti pensare che il 10% delle donne vittime di violenza necessita di una ospedalizzazione o di un trattamento medico di emergenza: quelle maltrattate rappresentano il 22-35% delle donne che accedono al Pronto Soccorso, il 25% di quelle che tentano il suicidio, il 25% di coloro che usufruiscono di un servizio di emergenza psichiatrica, il 23% delle gravide con parto prematuro ed il 45-59% delle madri di bambini abusati. Da una ricerca americana risulta che l'uso dei servizi sanitari da parte delle vittime aumenta fino al 56% dopo pochi anni dallo stupro (Romito, 2006).

2.2 Ostacoli al riconoscimento del fenomeno

È possibile indicare una serie di ostacoli, relativi al professionista o al comportamento della donna, che spesso impediscono l'individuazione della violenza domestica e che vanificano la possibilità di stabilire un contatto con la vittima.

Le difficoltà che un operatore può incontrare possono essere dovute ad una scarsa conoscenza del fenomeno, delle dinamiche e della sua diffusione; il pensare che la violenza sia un fatto "privato" più che un reato, come anticipato precedentemente; il non credere al racconto della donna; l'avere dei preconcetti in proposito; l'essere convinti di non avere delle competenze o di non essere nel ruolo per poter fornire aiuto oltre alla mancanza di tempo necessario per indagare la situazione o attivare il sostegno. Spesso vi è il senso di inadeguatezza nell'affrontare il proprio vissuto e quello della donna ma anche la paura di doversi confrontare con l'uomo violento.

L'atteggiamento che le donne maltrattate hanno nei confronti della situazione in cui vivono può trarre in inganno i non esperti del fenomeno poiché il racconto confuso, lo sminuire fatti gravi, l'autocolpevolizzazione, le considerazioni contradd-

dittorie relative al partner e i sentimenti di protezione verso questo possono far pensare che gli episodi siano il frutto di invenzioni. Di conseguenza la donna non verrà creduta.

Il riconoscimento della violenza è impedito anche da altri fattori come l'assenza di condizioni idonee di attenzione, tempo e luogo durante il colloquio o l'incontro con la donna. Inoltre è necessario sottolineare come le vittime spesso si trovino a dover parlare dei soprusi e abusi subiti a medici, ginecologi, operatori e psicologi di sesso maschile.

2.3 Le strategie dell'occultamento.

Nel saggio "Un silenzio assordante" Romito (Romito, 2005) descrive le diverse modalità attraverso le quali viene celata la violenza. L'occultamento della violenza maschile sulle donne può avvenire attraverso strategie quali: **l'evitamento linguistico** e **l'eufemizzazione**. Nel primo caso si fa riferimento ad una tecnica, deliberata o inconsapevole, grazie alla quale i principali autori della violenza sulle donne, gli uomini, spariscono dai discorsi e dai testi sulla violenza maschile; mentre nel secondo ad un metodo che permette di etichettare un fenomeno in modo impreciso e fuorviante tale da offuscare la gravità o la responsabilità di chi l'ha compiuto. È significativo l'utilizzo di espressioni quali "conflitti familiari" invece che di violenza ingiustificabile del partner. Nel linguaggio vengono usati termini neutri rispetto al genere come *abuser* o *perpetrator* che finiscono con il considerare impropriamente la coppia come agente, inoltre, l'impiego della forma passiva, utilizzata comunemente nel linguaggio medico, fa sì che sia l'autore sia il contesto della violenza non vengano esplicitati nei testi.

Un'altra tattica che consente di mascherare i maltrattamenti maschili consiste nella **"disumanizzazione"** delle vittime. Si tratta di un elemento essenziale che permette di compiere atti crudeli senza provare rimorso. Alla fine di questo processo i codici sociali e morali non sono più applicabili alle vittime: privando l'altro della propria umanità è più facile rimanere indifferenti di fronte alla sua

sofferenza. Infatti, è possibile notare una svalutazione sistematica delle donne, in particolar modo in riferimento alle loro capacità intellettuali e morali. Basti pensare al linguaggio corrente: le donne, ad esempio, vengono spesso appellate con nomi di animali come gattine, cerbiate, galline, troie oppure, sono definite con le loro parti anatomiche (gambe, culo, seno...). La "disumanizzazione" è così frequente e banale da apparire innocente e passare inosservata. Inoltre, attraverso la de-individuazione, è più facile compiere atti crudeli quando la vittima è spersonalizzata.

La **colpevolizzazione** e la **psicologizzazione** costituiscono altre strategie di occultamento. Con il primo termine si intende la tendenza ad attribuire alla vittima la responsabilità della sua condizione e avvia un potente meccanismo di disimpegno morale (Bandura, 1996). L'idea che le donne siano responsabili della violenza che gli uomini infliggono loro è radicata nelle credenze anche di coloro che dovrebbero proteggerle, aiutarle e curarle. Ne è dimostrazione il fatto che, tra gli operatori sanitari intervistati per una ricerca italiana, il 40% concorda nell'affermare che siano le donne a provocare lo stupro e che la donna non possa essere violentata contro la propria volontà (Gonzo, 1997 e 2000). Con il termine psicologizzazione si fa riferimento, invece, all'interpretazione di un problema in termini individualistici e psicologici piuttosto che politici, economici o sociali e nel rispondere di conseguenza in questi termini. Ecco che il senso comune e alcuni modelli psicologici interpretano la violenza domestica come un problema psicologico della donna che è ad esempio aggressiva, provocatrice o masochista e dell'uomo che è frustrato, depresso e infelice. La stessa reazione si registra nel caso degli operatori dei servizi soci sanitari del Pronto soccorso, tra i quali vi è la tendenza, osservata in vari Paesi, ad inviare le donne maltrattate ad un reparto psichiatrico, sebbene non siano presenti sintomi specifici. Dal momento che difficilmente lo psichiatra affronterà la realtà della violenza, la donna verrà etichettata come instabile mentalmente. La sua sofferenza psicologica verrà fatta rientrare in una tipologia psichiatrica e non verrà interpretata come conseguenza dei maltrattamenti, ma come causa (Stark e Flitcraft, 1996; Paci e Romito, 2000).

La **naturalizzazione**, invece, è un meccanismo cognitivo e sociale che tende ad attribuire l'origine dei comportamenti umani complessi a motivi naturali, giustificando in questo modo anche azioni ingiuste o crudeli. Si tratta di una tattica che permette di dare un'immagine di uomini e donne tale da giustificare e occultare la violenza. Ne deriva che gli uomini stuprano perché i loro istinti sessuali sono impetuosi, incontrollabili e facilmente scatenati dalla visione di una bella ragazza, spiegazioni, queste, di cui si avvalgono violentatori e avvocati. Tuttavia, resta inspiegata la contraddizione tra l'esistenza di istinti sessuali poderosi e incontrollabili e la frequenza di problemi d'impotenza negli uomini.

Il ricorso ad una spiegazione in termini naturalistici è stata, ed è tuttora, una delle modalità esplicative semplici del senso comune, nonché una tattica sociale forte per legittimare anche i sistemi di oppressione.

La **separazione** è un'altra strategia che favorisce l'occultamento della violenza maschile e che consiste nel presentarne le varie forme come distinte tra loro assegnandovi, ad esempio, nomi diversi. In questo modo non sarà possibile vederle nella loro continuità, e sarà più difficile individuare che è la stessa categorie di persone a perpetrare. Ad esempio, benché circa il 70 % degli omicidi delle mogli o ex sia preceduto da violenze "domestiche" dal partner (Campbell *et al.*, 2003), gli assassinii sono considerati distintamente dai maltrattamenti: i primi imputabili "al troppo amore", al "raptus" dell'uomo mentre i secondi ai "conflitti coniugali". Non vedere la continuità tra i due fenomeni risulta mortalmente pericoloso per le donne coinvolte, in più, mantenendo separate le diverse tipologie di violenze e di autori si nasconde il fatto che i principali responsabili non sono necessariamente uomini con problemi sociali o psicologici.

Dall'analisi delle violenze maschili emergono due strategie principali: la **legittimazione** e la **negazione**. Nella prima la violenza maschile è visibile ma in quanto legittimata non è definita in quanto tale. Si pensi a quanto accennato nel primo capitolo in merito al delitto d'onore, fortunatamente abrogato: se gli uomini sono violenti nel contesto familiare, il loro comportamento era, fino a poco tempo fa, tollerato dalle leggi. Tuttavia, nel momento in cui la legittimazione della violenza non è più accettabile, come per le forme estreme di violenza, si passa alla

negazione. Essa si esprime in modi diversi: la più diretta consiste nel non vedere la violenza e le relative conseguenze, forma generalmente messa in atto da chi è vicino alla vittima come i familiari, i medici e le forze dell'ordine. Una modalità più sofisticata consiste invece nell'attribuire all'accaduto un altro significato. Quindi si afferma che qualcosa è successo ma non si definisce l'accaduto come violenza, cosicché lo stupro si trasforma in atto di seduzione o di forte passione.

È possibile concludere che anche nel caso in cui la donna riconosca ciò che le è stato inflitto e decida di chiedere aiuto, protezione o giustizia può imbattersi in persone ed esperti che utilizzano delle tattiche, descritte precedentemente, quali il tentativo di screditare la vittima e chi la sostiene, occultare l'identità dell'aggressore, lo spostare la responsabilità sulla donna maltrattata.

Capitolo 3

La ricerca in un Pronto Soccorso

3.1 Obiettivi della ricerca

La ricerca presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Martino di Belluno (BL) ha lo scopo di ottenere informazioni relative all'utilizzo di una struttura d'emergenza da parte di donne maltrattate, oltre che a mettere in luce la difficoltà del riconoscimento della violenza di genere da parte degli operatori sanitari. Attraverso questa indagine sarà quindi possibile avere un quadro più aggiornato sul fenomeno della violenza nella provincia di Belluno, e sulla qualità della risposta dei servizi e del personale socio sanitario presenti nel territorio.

È auspicabile che i dati raccolti, che in ogni caso costituiscono molto probabilmente una sottostima dei reali episodi di violenza, siano utili a formulare delle proposte e a dare dei suggerimenti ai servizi che dovrebbero tutelare le donne maltrattate o in pericolo.

3.2 La procedura per la realizzazione della ricerca

Grazie alla collaborazione dell'Associazione Belluno Donna, in particolare nella persona di Margherita De Marchi, presidente dell'associazione oltre che MMG, è stata inoltrata al Direttore Generale dell'ULSS una richiesta di consultazione di alcune cartelle cliniche del Pronto Soccorso dell'Ospedale San Martino relative all'anno 2007. Dopo l'approvazione del Dott. Vielmo, sono state concordate le modalità dello svolgimento della ricerca con il Dott. Merola, Primario del reparto oggetto della presente ricerca.

Con la collaborazione e grazie alla competenza del Sig. Nello Da Rold, responsabile dell'archivio del reparto in cui è stata condotta la ricerca, è stato

possibile consultare più facilmente la banca dati dell'ospedale e le cartelle cliniche relative agli accessi delle donne. I referti medici, infatti, vengono redatti in triplice copia⁸ ed il loro contenuto viene successivamente inserito in un database.

I dati raccolti sono stati trattati in modo assolutamente anonimo nel rispetto della privacy delle pazienti e del personale socio sanitario.

3.3 Lo svolgimento della ricerca

Nel corso di circa 3 mesi sono stati raccolti alcuni dati estrapolati dalla lettura dei "referti all'autorità giudiziaria", riguardanti donne, dell'anno 2007: si tratta di cartelle cliniche che vengono compilate nel caso in cui il paziente presenti lesioni per mano altrui. Secondo il nuovo codice di procedura penale, infatti, il sanitario ha l'obbligo di fare referto quando "abbia prestato la propria assistenza o opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio" (art. 334).

Nella figura 1 è riportato il modello della cartella clinica: esso funge da referto all'autorità giudiziaria nel momento in cui viene barrata la casella "referto autorità giudiziaria" inserita nell'area "prestazioni e consulenze". In quest'ultimo caso una delle tre copie verrà consegnata, da regolamento, al posto fisso di Polizia dell'ospedale S. Martino⁹.

Dalla presente indagine vanno esclusi i casi di donne che hanno subito scippi, furti, incidenti d'auto, stupri e violenze sessuali¹⁰.

In un secondo momento, sono state prese in esame le cartelle cliniche di tutte le donne che si sono recate in Pronto Soccorso nell'aprile del 2007 indipendentemente dal motivo delle visite. Da esse sono stati isolati i casi in cui si supponeva l'esistenza di maltrattamenti probabili ma non dichiarati dalla vittima e non

⁸ Una copia viene rilasciata al paziente, un'altra agli Enti di competenza (INAIL nel caso di incidenti sul luogo di lavoro; posto fisso di polizia nel caso di lesioni causate da terzi;...) e l'ultima viene conservata nell'archivio dell'ospedale.

⁹ Il caso di violenza viene inoltrato direttamente alla Procura solo se la prognosi è pari o superiore ai venti giorni.

¹⁰ Gli stupri e le violenze sessuali vengono trattati direttamente nella sede distaccata del Pronto Soccorso nel reparto di ginecologia e per questo le relative cartelle non sono presenti nell'archivio del Pronto Soccorso in cui è stata svolta l'indagine.

riconosciuti dal personale sanitario, andando ad analizzare la diagnosi, le prestazioni fornite dalla struttura e i dettagli delle circostanze dell'infortunio.

Il Pronto Soccorso ha rilevato per l'anno 2007 37.381 accessi totali, di cui 17.343 sono da riferire a donne. Tra queste rientrano 55 casi di violenza dichiarata. Inoltre, 134 casi riguardano la violenza supposta da riferire, però, al solo mese di aprile.

Da tutti i referti presi in esame sono stati estratti alcuni contenuti che poi sono stati ordinati in due file excel distinti, le cui voci sono presentate nella seguente tabella:

NUMERO PRATICA	DATA D'ACCESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	TRIAGE
LUOGO E DATA DELL'INFORTUNIO	NOTA	ESAME OBIETTIVO	DETTAGLI DELLE CIRCOSTANZE	ESAMI
PRESTAZIONI	TESTO DI DIAGNOSI	PROGNOSI	RICOVERI PRECEDENTI	ACCESSI PRECEDENTI

Tabella 1

Una proposta d'analisi dei dati raccolti e l'estrapolazione di alcune percentuali è illustrata nel quarto capitolo.

REGIONE DEL VENETO
 UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA n. 1

Ospedale di _____

PRESTAZIONE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI PRONTO SOCCORSO E ACCETTAZIONE SANITARIA		N. _____
DATI GENERALI	DATA _____	DATI PERSONALI
	ORA _____	COGNOME _____ NOME _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		NATO A _____ CITTADINANZA _____
		RESIDENTE A _____ N. VIA _____ N. _____
		STATO CIVILE _____ NOME DEL CONIUGE _____
TIPO PRESTAZIONE	PROFESSIONE _____ QUALIFICA _____	
	LL.S.S. _____ REGIONE _____ N. TESSERA SANITARIA _____	
	COG. RIS. _____	
DITTA	CAVITÀ DI LAVORO _____ INDIRIZZO _____	
INCIDENTE	LOCALITÀ _____ DATA _____ ORA _____	
	CIRCOSTANZE _____	
INAIL	DATA EFFETTIVO ABBANDONO DEL LAVORO _____ ORA EFFETTIVO ABBANDONO DEL LAVORO _____	
	MOTIVO FENOMENO PRESENTATO _____	
	LAVORAZIONE _____	
	DEI CAUSATO DA MACCHINE _____ PROPRIETARIO DELLE MACCHINE _____ POSTUM _____ MOTIVI DI CONTINUAZIONE _____	
ARRIVO	_____	
C. CLINICHE	STATO _____ PULSO _____ FREQUENZA _____ TEMPERATURA _____ ATTIVITÀ RESPIRATORIA _____	
	<input type="checkbox"/> VISITA MEDICA <input type="checkbox"/> MEDICAZIONE <input type="checkbox"/> TRATTAMENTI FARMACOLOGICI <input type="checkbox"/> TERAPIA FISIOTERAPICA <input type="checkbox"/> SEROPROFILASSI ANTI-TETANICA <input type="checkbox"/> ESAMI DI LABORATORIO <input type="checkbox"/> TERAPIA ORTOPEDICA <input type="checkbox"/> VACCINAZIONE ANTITETANICA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> TERAPIA MEDICA <input type="checkbox"/> REPERIO AUTORIZZATO GIUDIZIARIA <input type="checkbox"/> OSSERVAZIONI PER _____ ORE <input type="checkbox"/> C.M.L. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TERAPIA FARMACOLOGICA _____ PRESTAZIONI: _____	
PRESTAZIONI E CONSULENZE	<input type="checkbox"/> INTERNISTA <input type="checkbox"/> CHIRURGO <input type="checkbox"/> ANESTESISTA <input type="checkbox"/> CARDIOLOGO <input type="checkbox"/> ORTOPEDICO <input type="checkbox"/> PEDIATRA <input type="checkbox"/> GINECOLOGO <input type="checkbox"/> UROLOGO <input type="checkbox"/> OCULISTA <input type="checkbox"/> O.R.L. <input type="checkbox"/> PSICHIATRA <input type="checkbox"/> NEUROLOGO <input type="checkbox"/> GERIATRA <input type="checkbox"/> _____	
	DIAGNOSI _____	
ESITO	<input type="checkbox"/> RICOVERO IN _____ NUMERO DI RICOVERO _____ <input type="checkbox"/> INVIATO OSP. DI _____ PER COMPETENZA SPECIALISTICA <input type="checkbox"/> MANDATA IN OSTELLO <input type="checkbox"/> RITORNATO A PRESENCIA DI _____ PER _____ <input type="checkbox"/> INVIATO AL MEDICO CURANTE <input type="checkbox"/> RIMANDATO A DOMICILIO <input type="checkbox"/> DECEDUTO	
	NOTE _____	
PROGNOSI / FIRME	FIRMA DEL MEDICO DI SERVIZIO _____	
	<input type="checkbox"/> HISTERIA <input type="checkbox"/> GUARENTE IN _____ GIORNI	<input type="checkbox"/> PER RICOVERO <input type="checkbox"/> PER INIZIO ANTITETANICA FIRMA DEL TESTIMONE _____ FIRMA DEL PAZIENTE _____

Figura 1: modello cartella clinica del Pronto Soccorso

3.4 Casi di violenza dichiarata

Nei casi di violenza dichiarata, quelli in cui viene redatto il referto all'autorità giudiziaria, rientrano tutte le donne che rivelano di aver subito violenza e maltrattamenti indipendentemente dalla gravità della lesione riportata. Il contenuto delle relative cartelle è stato organizzato nella tabella excel attinente alla violenza dichiarata.

Per quanto riguarda i dettagli delle circostanze nel referto compaiono espressioni come "percosse da persona conosciuta" o "persona nota" che, probabilmente, svelano la metodologia con cui il personale codifica l'informazione invece di rappresentare quanto la donna effettivamente dichiara.

3.5 Casi di violenza presunta

In questa categoria rientrano, come anticipato precedentemente, tutti i referti inerenti gli accessi di donne nel corso del mese di aprile 2007 e, considerando soprattutto il testo di diagnosi e i dettagli delle circostanze, sono stati isolati alcuni casi in cui è possibile avanzare l'ipotesi che la donna si sia rivolta al servizio sanitario a causa di una violenza subita. A completamento dell'indagine, i casi di violenza presunta sono stati visionati da personale medico formato nel riconoscimento del fenomeno.

In questo studio, gli attacchi di panico e i casi di depressione sono stati considerati come possibile conseguenza di maltrattamenti, come illustrato nel paragrafo 4 del capitolo 1, e per questo aggiunti ai probabili accessi in Pronto Soccorso legati alla violenza.

Capitolo 4

I dati della ricerca

4.1 Presentazione dei dati relativi ai casi di violenza dichiarata

Nel presente paragrafo viene esposta in modo sintetico parte dei dati ricavati dalla lettura dei referti all'autorità giudiziaria. Sono state prese in esame: l'età e la nazionalità della vittima; la relazione tra la donna e il suo aggressore; il luogo e la fascia oraria in cui è avvenuto l'episodio di violenza. Infine sono stati presentati anche i dati relativi alla priorità¹¹ attribuita al caso da parte del personale sanitario al momento dell'accettazione al reparto di Pronto soccorso, oltre alla prognosi assegnata dal medico.

Il campione è costituito da 55 cartelle cliniche, di cui una parte riguarda alcune utenti che, nell'arco del 2007, si sono rivolte in più di una circostanza al reparto d'emergenza in seguito ad un episodio di violenza subita.

In presenza di "informazioni mancanti", vale a dire quando nei referti erano assenti dei dati o non venivano fornite delle precisazioni (come per esempio sul luogo in cui è avvenuta l'aggressione), si è proceduto a sintetizzare i risultati con due percentuali: la prima comprende anche le informazioni mancanti, mentre la seconda le esclude, conferendo alle singole voci maggiore risonanza.

4.1.1 L'età della vittima

Nella tabella 2 è possibile notare come le donne che subiscono violenza appartengano a diverse classi d'età, a tal punto che nemmeno le persone più anziane sono esenti dai maltrattamenti. Si deve comunque constatare che esiste una maggiore concentrazione di donne tra i 30 e i 60 anni.

¹¹ Lo strumento operativo del triage consente di assegnare un codice alla gravità della condizione del paziente. Il codice è rosso quando vi è una situazione molto critica la cui priorità d'intervento è massima a causa della compromissione delle funzioni vitali; il codice giallo sta ad indicare ,invece, un caso di priorità intermedia caratterizzato da un potenziale pericolo di vita. Il codice verde viene assegnato in situazioni poco critiche mentre, quello bianco in condizioni in cui non vi è urgenza in atto.

Età della vittima	N	%
sotto i 20	5	9
tra i 21 e i 30	5	9
tra i 31 e i 40	15	27
tra i 41 e i 50	13	24
tra i 51 e i 60	12	22
tra i 61 e i 70	1	2
tra 70 e gli 80	2	4
tra gli 81 e i 90	2	4
Tot	55	100

Tabella 2

4.1.2 La nazionalità della vittima

Nella tabella 2 sono distinte le provenienze delle donne che hanno dichiarato di aver subito violenza: nonostante i pregiudizi e stereotipi culturali inducano a credere che il fenomeno riguardi prettamente gli immigrati, la percentuale di affluenza delle italiane rimane comunque la più alta. Solo un terzo del campione è costituito da donne straniere, ma questo può anche essere legato al fatto che le immigrate rappresentino meno di un terzo della popolazione. Allo stesso tempo, però, sarebbe possibile attendersi una minor affluenza delle italiane, per le quali potrebbe essere più difficile rivolgersi al Pronto Soccorso dato che potrebbero essere mogli, figlie, parenti o conoscenti di un medico.

Nazionalità	N	%
italiana	37	67
africana	3	5
est Europa/ex URSS	10	18
centro Europa	3	5
sud America	2	4
Tot	55	100

Tabella 3

4.1.3 La relazione tra l'aggressore e la vittima

Come è possibile notare nella tabella 4 nella stragrande maggioranza dei casi la vittima conosce il proprio aggressore: nel 21% dei casi questo è il marito, il compagno o l'ex partner della donna. Va sottolineato che ben nel 60% dei casi l'identità dell'autore dei maltrattamenti non viene precisata. L'analisi dei referti mostra anche che le stesse donne possano essere protagoniste degli episodi di violenza, infatti, il 7%, delle aggressioni, è compiuta da vicine di casa o da amiche.

L'aggressore è	N	%	% esc. IM
Marito, compagno, ex partner	9	16	21
Padre o altro familiare	2	4	5
Persona nota o conosciuta	26	47	60
Amica o vicina di casa	3	5	7
Persona sconosciuta alla vittima	1	2	2
Gruppo dei pari	2	4	5
IM ¹²	12	22	100
Tot	55	100	

Tabella 4

¹² Con IM si intende l'informazione mancante o non specificata.

4.1.4 Il luogo dell'aggressione

Dalla tabella 5 emerge, a conferma di quanto scaturito da altre ricerche sull'argomento, come il luogo meno sicuro per le donne che subiscono violenza sia il proprio domicilio, sebbene l'immaginario comune lo ritenga essere lo spazio in cui sentirsi maggiormente al riparo dai pericoli. Inoltre, dall'analisi delle cartelle cliniche risalta come anche i luoghi pubblici (intendendo con questa dicitura locali quali la birreria e gli spazi esterni come le strade) siano spesso lo scenario di episodi di violenza. Bisogna sottolineare il fatto che nei referti medici, spesso non compaiono informazioni relative al luogo dell'episodio: nel 29% dei casi non vi erano, infatti, notizie a tal proposito.

Luogo	N	%	% esc. IM
Casa	25	45	64
luogo pubblico	9	16	23
Casa del compagno/fratello	2	4	5
scuola	2	4	5
Auto privata	1	2	3
IM	16	29	100
tot	55	100	

Tabella 5

4.1.5 L'orario dell'aggressione

Come indicato nella tabella 6 le fasce orarie della tarda mattinata e quelle pomeridiane costituiscono il momento in cui avvengono con più frequenza gli episodi di violenza. Tuttavia, i referti medici mancano di completezza: nel 33% dei casi, infatti, non compaiono informazioni a tale proposito.

Fasce orarie	N	%	% esc. IM
0-4	0	0	0
05/09/14	2	4	5
01/10/14	8	15	22
15-19	20	36	54
20-24	7	13	19
IM	18	33	100
Tot	55	100	

Tabella 6

4.1.6 Il codice d'urgenza

Nella tabella 7 sono riportati i codici d'urgenza assegnati dal personale sanitario al momento dell'accettazione sulla base dei sintomi dichiarati dalla donna. Come è possibile notare, nel 93% dei casi il personale sanitario non ritiene di attribuire un'alta priorità poiché la situazione considerata è poco critica e solo nel 5% vi è, invece, un potenziale pericolo di vita.

Codice	N	%	% esc. IM
Bianco	1	2	2
Verde	50	91	93
Giallo	3	5	5
IM	1	2	100
Tot	55	100	

Tabella 7

4.1.7 I giorni di prognosi

La tabella 8 rivela come l'83% delle prognosi siano inferiori ai dieci giorni. Soltanto il 4% di queste superano i venti giorni che sono sufficienti ad attivare un procedimento penale d'ufficio contro l'aggressore.

Giorni di prognosi	N	%	% esc. IM
0	1	2	2
01/04/14	6	11	13
05/09/14	32	58	68
01/10/14	5	9	11
15-19	1	2	2
20-24	0	0	0
25-30	2	4	4
IM	8	15	100
Tot	55	100	

Tabella 8

4.1.8 I tipi di diagnosi

Prendendo in considerazione la diagnosi riportata nelle cartelle cliniche, si può notare che nella maggior parte dei casi le donne presentano contusioni ed ematomi su tutto il corpo; il tronco e gli arti superiori presentano frequentemente ferite e fratture; anche il viso e il cranio sono spesso colpiti. In alcuni, alle conseguenze fisiche, è correlato uno stato ansioso della donna.

Inoltre, in tre casi non è stato possibile ricavare informazioni sul tipo di diagnosi dato che in uno la paziente è stata inviata al reparto di pediatria data la giovane età, mentre negli altri le donne si sono allontanate prima di essere sottoposte alla visita.

Diagnosi	N	%	esc. IM
Ferite e fratture al capo e al volto	13	24	25
Ferite e fratture al tronco e arti superiori	14	26	26
Ferite e fratture agli arti inferiori	3	5	6
Attacchi di ansia, depressione	3	5	6
Ferite e fratture al capo, al tronco, agli arti superiori ed inferiori	19	35	37
IM	3	5	100
Tot	55	100	

Tabella 9

Nella categoria fratture e ferite al capo e volto possono essere incluse, ad esempio, traumi cranici ed escoriazioni al cuoio capelluto, ematomi orbitari, gonfiore e contusioni alla guancia.

Nella sezione relativa alle lesioni del tronco e degli arti superiori vanno inserite fratture alle costole, contusioni alle braccia e ai polsi mentre in quella degli arti inferiori vi sono, ad esempio, i traumi alle cosce e alle gambe.

Poiché le diagnosi presentano contenuti molto variabili, nel capitolo seguente verranno illustrati alcuni esempi più significativi.

4.2 Presentazione dei dati relativi ai casi di violenza supposta

Nei paragrafi seguenti verranno presentati i dati relativi all'analisi delle cartelle cliniche riguardanti donne che si sono rivolte al Pronto Soccorso di Belluno nell'aprile 2007. Sulla base delle informazioni relative alle visite compiute sono stati individuati i casi in cui vi sono indizi suggestivi che la donna possa aver subito violenza.

Anche in questa parte dell'indagine sono state prese in esame: l'età e la nazionalità della donna; i dati relativi alla priorità attribuita al caso e la prognosi.

Successivamente sono stati considerati i pareri del medico riguardo alla condizione di salute delle donne in relazione all'età delle stesse.

Il campione è costituito da 134 cartelle cliniche su un totale di 1389 accessi di donne nel mese di aprile 2007 nel reparto d'urgenza.

In presenza di "informazioni mancanti", cioè quando nei resoconti medici erano assenti dei dati o non venivano fornite delle precisazioni (come per esempio riguardo il luogo in cui è avvenuta l'aggressione), si è proceduto a sintetizzare i risultati con due percentuali come nell'esposizione dei dati riguardo la violenza dichiarata.

4.2.1 L'età della donna

I casi in cui vi sono indizi suggestivi che la donna possa aver subito violenza riguardano diverse classi d'età anche se le percentuali più alte interessano le fasce che vanno dai 31 ad oltre gli 80 anni nonostante una parte di questi infortuni sia probabilmente legata al fatto che le donne anziane sono più soggette a fratture. Questa differenza verrà considerata nella tabella 13.

Età	N	%
sotto i 20	5	4
tra i 21 e i 30	11	8
tra i 31 e i 40	17	13
tra i 41 e i 50	21	16
tra i 51 e i 60	22	16
tra i 61 e i 70	25	19
Tra i 71 e gli 80	13	10
80 e più	20	15
Tot	134	100

Tabella 10

4.2.2 La nazionalità della donna

I casi di violenza sospetta riguardano prettamente le donne italiane che costituiscono l'84% di quelli considerati, seguite da quelle dell'est Europa/ex URSS e dai paesi del Centro Europa (rispettivamente 7 e 6%).

Nazionalità	N	%
italiana	113	84
africana	1	1
est Europa/ex URSS	10	7
centro Europa	8	6
sud America		2
Tot	134	100

Tabella 11

4.2.3 Il codice d'urgenza

Come illustrato nella tabella 12 il codice verde è quello maggiormente assegnato ai casi presi in considerazione ed è seguito dal giallo.

Codice	N	%	% esc. IM
Bianco	4	3	3
Verde	98	73	74
Giallo	26	19	20
Rosso	4	3	3
IM	2	2	100
Tot	134	100	

Tabella 12

4.2.4 I giorni di prognosi

Al 70% delle donne che si sono recate in pronto soccorso per fratture, contusioni o ferite sono stati conferiti meno di 10 giorni di prognosi. Va sottolineato come le percentuali relative ad informazioni mancanti raggiungano livelli elevati: nel 65% dei casi, infatti, le cartelle cliniche risultano incomplete, come è possibile notare nella tabella 13.

Giorni	N		% esc. IM
0-10	33	24	70
01/11/20	5	4	11
21 e più	9	7	19
IM	87	65	100
Tot	134	100	

Tabella 13

4.2.5 La diagnosi in donne di età inferiore ai 60 anni

Nella tabella 14 sono state prese in considerazione le diagnosi delle cartelle cliniche per elencare quali siano i casi d'accesso più frequenti nelle donne di età inferiore ai 60. Questo elemento è stato successivamente confrontato con le diagnosi delle donne di età superiore ai 61 anni. Si riscontra che sono frequenti le lesioni al capo e al volto, alle quali seguono quelle agli arti. Tra le cartelle selezionate sono molti gli accessi legati a depressione o attacchi d'ansia.

Diagnosi < 60	N	%	% esc. IM
Attacchi d'ansia, depressione ¹³	24	32	33
Fratture e lesioni al tronco e agli arti superiori	17	22	23
Fratture e lesioni agli arti inferiori	8	10	11
Fratture o lesioni al capo e al volto	15	20	21
Ferite da taglio	9	12	12
IM	3	4	100
Tot	76	100	

Tabella 14

4.2.6 La diagnosi in donne di età superiore ai 61 anni

Nella tabella 15 sono elencati i casi di diagnosi delle donne di età superiore ai 61 anni che forse hanno subito violenza senza però dichiararlo. L'alto indice che rappresenta le fratture e le lesioni al tronco e agli arti superiori e inferiori può dipendere dalle situazioni di violenza, ma anche dall'anzianità della paziente.

¹³ Un caso di tentato suicidio con l'assunzione di farmaci ed un episodio di autolesionismo sono stati inclusi in questa categoria.

Diagnosi >61	N	%	% esc. IM
Attacchi d'ansia, depressione	5	9	9
Fratture e lesioni al tronco e agli arti superiori	18	31	32
Fratture e lesioni agli arti inferiori	21	36	37
Fratture o lesioni al capo e al volto	11	19	20
Ferite da taglio	1	2	2
IM	2	3	100
Tot	58	100	

Tabella 15

Nel capitolo successivo vengono trattati con maggior dettaglio alcuni casi di violenza dichiarata e supposta, per dimostrare che le dinamiche delle due categorie sono simili e che, in alcuni di essi, del personale formato al riconoscimento della violenza avrebbe potuto aiutare ed indirizzare la vittima verso dei servizi specializzati nel fenomeno.

Capitolo 5

Alcuni casi di violenza dichiarata e supposta

5.1 Alcuni casi di violenza dichiarata

Al fine di fornire qualche informazione aggiuntiva circa i casi di violenza dichiarata, si è deciso di procedere alla descrizione di alcuni di questi tramite l'esposizione di quanto contenuto nel referto medico.

Il caso X

Nel mese di ottobre 2007 la Signora X, di 53 anni e di nazionalità dell'Est Europa ma residente nel territorio bellunese, si rivolge al Pronto Soccorso S. Martino di Belluno. Riferisce di aver ricevuto, qualche giorno prima, di sera, percosse da "una persona a lei nota" e, in seguito alla visita, il medico indica nel referto che la donna riporta una contusione ai polsi sinistro e destro, un'ecchimosi frontale e al braccio sinistro. La prognosi è di quattro giorni. Le lesioni sono state disinfettare e medicate ma non viene attivato alcun intervento di tipo sociale.

Nell'arco di due settimane la Signora X si ripresenta al Pronto Soccorso altre due volte. Nella prima riferisce dolore al braccio sinistro poiché è stata picchiata, qualche sera prima, in casa da "una persona a lei conosciuta". All'esame obiettivo pare evidente un trauma contusivo all'avambraccio sinistro. Viene sottoposta ad una visita medica e ad un esame radiologico all'avambraccio e alla spalla che consentono al medico di diagnosticare delle contusioni multiple per le quali la prognosi è di dieci giorni. Nella seconda visita, racconta, ancora una volta, di essere stata percossa da "una persona che conosce". Il medico dopo averla visitata riconosce la contusione al braccio sinistro per la cui guarigione saranno sufficienti tre giorni.

La Signora X, però, si rivolgerà al reparto d'emergenza anche nel mese di novembre per due volte: in questi casi dichiara di aver subito violenza a casa, in tarda serata, dal marito. Il testo di diagnosi della cartella clinica indica, per il primo accesso del mese, che la donna presenta un ematoma agli arti superiori verosimilmente da brusco afferramento e che la prognosi è di otto giorni mentre, nel secondo ingresso di novembre al pronto soccorso, segnala la presenza di escoriazioni e contusioni multiple compatibili con violenza ed il decorso è di sette giorni. Nonostante i ripetuti accessi della donna, non le vengono fornite indicazioni, ad esempio, sul Centro Antiviolenza della città o sugli altri servizi presenti nel territorio.

Il caso Y

Nel mese di dicembre la Signora Y di 45 anni, italiana, si reca al Pronto Soccorso affermando di esser stata sequestrata, il giorno prima, in casa del compagno e di aver ricevuto ripetute percosse. La donna viene sottoposta ad un esame radiologico al cranio, colonna cervicale, emitorace per corte bilaterali, colonna dorsale e lombosacrale oltre ad un'ecografia all'addome completo. Nel corso della visita medica le vengono disinfettate le ferite e bendate alcune dita. Il medico indica nel referto che la paziente riporta contusioni multiple e la distorsione del primo dito della mano destra e che la prognosi è di quindici giorni. Anche in questo caso non ci sono stati interventi di tipo sociale.

Il caso Z

In agosto la Signora Z di 43 anni e nazionalità italiana si rivolge al reparto d'emergenza dichiarando di essere stata picchiata in casa da "una persona conosciuta" il giorno precedente e di giungere al Pronto Soccorso per una crisi d'ansia. Presenta esiti di trauma al volto, alla colonna cervicale e al gomito sinistro oltre ad escoriazioni varie. Alla donna viene eseguita una radiografia alla colonna cervicale, lombosacrale, al gomito sinistro e al volto, infine un prelievo venoso e una fleboclisi. Il medico assegna una prognosi di cinque giorni e decide per un ricovero sociale della donna nel reparto di psichiatria. Nel referto non vi è alcun accenno ad un eventuale invio presso il Centro Antiviolenza del territorio.

Per questa utente è stato possibile ricavare i dati relativi alle precedenti ospedalizzazioni presso il policlinico di Belluno: alcune di queste possono rivelarsi interessanti come la degenza, alcuni anni prima, nel reparto di neurologia per trauma cranico; in chirurgia per contusione epatica e successivamente per trauma toracico con frattura costale e sospetta contusione epatica in politrauma.

Il caso W

Nel mese di agosto si presenta al Pronto Soccorso anche la Signora W, di 48 anni, italiana, a causa del dolore toracico. Riferisce di aver ricevuto percosse, a casa, da "una persona a lei nota". Dopo che è stato eseguito un esame radiologico all'emitorace per coste bilaterali, al torace ed un'ecografia all'addome completo, il medico indica, come diagnosi nel referto, la frattura della nona, decima e undicesima costa sinistra oltre ai multilividi agli arti e, come prognosi, un intero mese. Anche per la paziente W è stato possibile individuare i precedenti ricoveri presso l'ospedale di Belluno: uno in neurologia per trauma cranico e frattura al terzo e quarto dito della mano sinistra; e due in alcologia per alcoldipendenza. Inoltre, la Signora W si è rivolta, nel 2008, più volte al Pronto Soccorso. In un'occasione a causa di un trauma facciale con epistassi e frattura addominale per i quali le viene assegnato il codice giallo vista la criticità del caso. Tuttavia, dopo aver dichiarato di aver ricevuto percosse ed esser stata sottoposta ad esami radiologici, si era allontanata dal reparto. In un'altra occasione, la donna si reca in ospedale per un trauma cranico ed una ferita lacero contusa al cuoio capelluto ma anche questa volta se ne va senza attendere il parere del medico. Nemmeno in questo caso viene attivato alcun intervento di tipo sociale.

5.2 Alcuni casi di violenza supposta

Con lo scopo di fornire qualche informazione aggiuntiva circa i casi in cui è possibile supporre che ci sia stata violenza, si è deciso di procedere alla descrizione di alcuni di questi tramite l'esposizione di quanto contenuto nella cartella clinica.

Come accennato nel capitolo 3.4 questi casi sono stati successivamente discussi con un medico formato sull'argomento.

Caso A

Nel mese di aprile la Signora A, di 25 anni e nazionalità italiana, si reca al Pronto soccorso dicendo di essere caduta a casa da un'altezza di due metri. In seguito ad una radiografia alla colonna lombosacrale e ad una vista ortopedica la donna viene ricoverata nel reparto di ortopedia dell'ospedale a causa di una frattura somatica L1. Nel referto non vengono riportate ulteriori notizie e dettagli sull'accaduto.

Caso B

La Signora B ha 35 anni, è italiana, e si rivolge al Pronto Soccorso in aprile 2007 per un trauma distorsivo al ginocchio sinistro. La prognosi è di dieci giorni. Alcuni mesi più tardi ritorna in ospedale per un trauma alla coscia sinistra dichiarando, questa volta, di aver ricevuto un calcio da "una persona a lei nota", ricevendo una prognosi di sette giorni.

La Signora B accede al reparto d'emergenza in altre occasioni nell'arco del 2007 e del 2008: due volte per un infortunio sul posto di lavoro in cui riporta sempre problemi agli arti inferiori, una volta per dolori alla gamba sinistra ed ancora per aver subito un'aggressione da "una persona conosciuta" che le ha causato un trauma contusivo al ginocchio.

Caso C

Ad aprile la ragazza C, di 22 anni e di nazionalità italiana, si reca in Pronto Soccorso per un trauma contusivo del capo con lesione del timpano e ipoacusia all'orecchio sinistro. Dopo esser stata visitata il medico riporta come diagnosi una

perforazione timpanica. Nella cartella clinica non compaiono precisazioni riguardo le modalità di infortunio.

Caso D

La Signora D di 43 anni e nazionalità italiana si rivolge al Pronto Soccorso dell'ospedale di Belluno a causa di un'assunzione incongrua di farmaci. La donna viene sottoposta ad un elettrocardiogramma e ad un prelievo venoso in seguito ai quali il medico decide per un ricovero nel reparto di psichiatria.

Caso E

Nel mese di aprile la Signora E, di 29 anni e di origine italiana, si rivolge al Pronto Soccorso a causa del dolore alla regione mandibolare. Un esame radiologico ortopantomografico permette di porre la diagnosi di lussazione mandibolare per la cui guarigione il medico attribuisce tre giorni. Nella cartella non compaiono informazioni relative alla modalità dell'infortunio.

La Signora E si è però rivolta anche in precedenza al reparto d'emergenza: una volta a causa di una caduta accidentale avvenuta in casa che le ha provocato un trauma alla spalla e al braccio, ed una, invece, dovuta a delle sublussazioni mandibolari recidivanti per le quali è stata eseguita una visita specialistica nel reparto di otorinolaringoiatra.

Caso F

La ragazza F, di 24 anni e di nazionalità italiana, si reca al Pronto Soccorso, nel mese di aprile 2007, a causa dell'ansia: sostiene che negli ultimi giorni gli episodi sono diventati più frequenti. Le viene assegnato un codice giallo vista la criticità della situazione e viene sottoposta ad un elettrocardiogramma. La giovane, negli anni, si è rivolta più volte al reparto d'emergenza: in un caso accede per un episodio di attacco di panico mentre, in un secondo, per una contusione al naso per aver ricevuto una gomitata. Nella cartella clinica non compaiono, però, ulteriori riferimenti riguardo le circostanze dell'infortunio. Alla ragazza viene eseguito un esame radiologico alle ossa nasali e, in seguito, viene visitata nel reparto di otorinolaringoiatra. La diagnosi riporta un trauma nasale.

Dalla descrizione di alcuni casi di maltrattamenti dichiarati emerge come la violenza comporti danni molto gravi alla salute delle donne e ne comprometta la sicurezza personale. Nonostante questo, nessuna delle pazienti è stata indirizzata dagli operatori sanitari al Centro Antiviolenza di Belluno.

Per quanto riguarda, invece, i casi di violenza presunta, è significativa la mancanza di volontà, da parte del personale del servizio di emergenza, di ricercare in profondità le cause degli infortuni delle pazienti. È probabile che un'indagine maggiormente accurata sull'accaduto avrebbe potuto svelare un caso di maltrattamento subito.

Capitolo 6

Conclusioni e considerazioni finali

Come analizzato nel quarto e nel quinto capitolo, emerge che il fenomeno della violenza è molto diffuso anche in provincia di Belluno. Solo la ricerca presentata da questo lavoro di tesi ha preso in considerazione 55 casi di donne che si sono recate in Pronto Soccorso dopo aver subito violenza nel corso del 2007: Nel 21% dei casi il responsabile è il marito, il compagno o l'ex partner sentimentale, nel 5% è un familiare (padre o fratello); nel 7% è un'altra donna; nel 5% si tratta di un membro del gruppo dei pari (compagno di scuola o amico); in soltanto il 2% dei casi l'aggressore è uno sconosciuto mentre nel 60% è una persona che la donna conosce. Nel 22% dei referti medici non compaiono informazioni sull'autore della violenza. Questo può dipendere dalla mancata volontà da parte della vittima di specificare l'identità dell'aggressore o, diversamente, dall'incompletezza dei referti. A conferma di questo atteggiamento, si ritiene importante riportare che alcuni medici abbiano riferito a chi ha svolto la ricerca come all'interno del Pronto Soccorso vengono trattati raramente casi di violenza.

Si può affermare, inoltre, che nelle cartelle cliniche venga utilizzata la strategia di occultamento detta eufemizzazione: l'impiego di formule come "persona conosciuta" "persona nota" consente di celare chi è l'autore della violenza, compreso il suo genere, anche se le ricerche confermano che il 20%-30% delle donne ricoverate in Pronto Soccorso subisce violenze da parte di uomini (Koss *et al.*, 1994). Queste espressioni rappresentano, probabilmente, la metodologia con cui il personale codifica l'informazione sostituendo ciò che la donna effettivamente dichiara.

Dall'indagine emerge, confermando i dati relativi a ricerche sull'argomento, come il luogo meno sicuro per le donne che subiscono violenza sia il proprio domicilio (64%); seguito dagli spazi pubblici (23%). La casa di un familiare o del compagno è nel 5% dei casi scenario di episodi di violenza mentre la scuola nel 5%. Anche per questa categoria è frequente l'assenza di dati, corrispondente al 29% del campione.

Il presente lavoro conferma che la violenza alle donne è trasversale: sono vittime di maltrattamenti domestici le donne di tutte le fasce d'età, a tal punto che nemmeno le più anziane ne sono esenti, e di diversa provenienza.

Dall'analisi dei dati è emerso che, nonostante i testi di diagnosi riportino spesso fratture e lesioni gravi, solo nel 4% dei casi viene assegnata una prognosi che superi i 20 giorni, sufficienti ad attivare d'ufficio una procedura penale. Il fatto che la violenza domestica non sia da considerarsi come un fatto eccezionale e isolato, è confermato dai dati di quest'indagine: in più di un caso, infatti, le donne maltrattate si sono rivolte ripetutamente al servizio sanitario, ma non in tutte le occasioni hanno dichiarato di aver subito violenza. Attraverso la lettura delle cartelle dei precedenti ricoveri ed accessi è anche emerso come alcune delle donne manifestassero dei disturbi che solo ora si possono ritenere conseguenze della violenza come i ripetuti ricoveri per trauma cranico, fratture costali o abuso di alcool. Queste sono situazioni in cui viene applicata la strategia della separazione che impedisce di constatare la continuità tra i diversi episodi e la consistenza dei casi di violenza.

La lettura della diagnosi e delle circostanze in cui si erano verificati gli infortuni delle donne, che nel mese di aprile 2007 si sono recate in Pronto Soccorso, ha permesso di ipotizzare che in 134 casi si trattasse di violenza subita ma non dichiarata. L'analisi dei dati di queste cartelle ha confermato la tendenza dei casi di violenza dichiarata per quel che riguarda la trasversalità nell'età e nella nazionalità. La difficoltà del riconoscimento della violenza fa sì che delle situazioni con lesioni molto gravi, come il Caso A del capitolo 5, le cui dinamiche d'incidente erano piuttosto vaghe o non specificate, non venissero viste come possibile conseguenze

della violenza. È probabile che un'indagine maggiormente accurata sull'accaduto da parte degli operatori avrebbe potuto svelare un caso di maltrattamento subito.

Il mancato riconoscimento della violenza da parte del personale sanitario, oltre a costituire un ulteriore ostacolo per la donna maltrattata, comporta uno spreco di denaro e risorse per l'azienda sanitaria. Infatti, le donne che subiscono violenza vengono sottoposte a numerosi accertamenti medici (radiografie, ecografie, visite specialistiche) che comunque non aiutano la vittima a liberarsi dall'uomo violento. Questo accade anche quando la donna viene inviata ad un reparto ospedaliero in cui riceverà delle cure, come gli psicofarmaci, che non corrispondono ai bisogni che scaturiscono dalle situazioni di violenza.

Pertanto, sarebbe preferibile che tali risorse venissero investite nella formazione del personale ospedaliero oltre che nell'introduzione di personale specializzato nel riconoscimento della violenza e competente nell'indirizzare la donna ai servizi presenti nel territorio. La presente ricerca, tra l'altro, dimostra come anche nel caso in cui la donna si rivolga al Pronto Soccorso dichiarando di aver subito violenza, non viene mai indirizzata al Centro Antiviolenza di competenza. In questo modo la donna rimarrà nel pericolo rischiando la sua stessa vita

Si auspica che questa ricerca, insieme ad altre future e ad ampio raggio, sia utile ad attivare una rete di servizi che operi in sinergia nel territorio bellunese, con lo scopo di venire incontro alle donne vittime di violenza.

Bibliografia

AA.VV. (1997) "Donne e salute. Donne e servizio sanitario nazionale" Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

Bandura A. (1996), "Teoria socialcognitiva del pensiero e dell'azione morale", *Rassegna di psicologia*, 13(1): 23-93

Campbell J., Webster D., Koziol – McLain J. *et al.* (2003) "Risk factors for femicide in abusive relationships, Results from a multisite case control study", *American journal of public health*, 93 (7), pp. 1089-1097.

Creazzo G. (2003) "Mi prendo e mi porto via. Le donne che hanno chiesto aiuto ai Centri Antiviolenza in Emilia Romagna", Milano, Franco Angeli.

Endelson J. (1999), "The overlap between child maltreatment and woman battering" *Violence against women*, 5(2), pp. 134-154.

Gonzo L. (1997) "Violenza alle donne : la cultura dei medici e degli operatori" Comune di Bologna , Bologna.

Gonzo L. (2000), "I servizi sociosanitari a Bologna: dai risultati di una ricerca a un progetto di formazione", in Romito P. (a cura di), *Violenza alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Milano, Angeli, pp. 153-165.

Henderson S. (1997), "Summary of the Plan of Action to combat violence against women, Steering Committee for Equality between Women and Men, Council of Europe, Strasbourg".

Jones R. (1993) "Domestic violence: an epidemic" *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 41, 131-133.

Koss M., Goodman L., Browne A., Fitzgerald L., Keita P. G. e Russo N.F. (1994), "Male violence against women at home, at work, and in community", American Psychological Association, Washington.

Koss M., Bailey J., Yuan N., Herrera V. e Lichter E. (2003), "Depression and PTSD in survivors of male violence: research and training initiatives to facilitate recovery", *Psychology of women quarterly*, 27(2): 130-142.

Peled E. (2000), "Parenting by men who abuse women: issues and dilemmas", *The British journal of social work*", 30(1), pp 25-36.

Paci D. e Romito P. (2000), "Trattamento o mal-trattamenti? Gli operatori di fronte alle donne che hanno subito violenza" in Romito P. (a cura di), *Violenze alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Milano, Angeli, pp. 137-152.

Rodgers K. (1994), "Résultats d'une enquête nationale sur l'aggression contre la conjointe", (a cura di), *Statistique Canada*, n.85, 14(9), pp 1-22.

Romito P. (2000), "La violenza di genere su donne e minori. Un'introduzione", Milano, FrancoAngeli.

Romito P. (2005), "Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori", Milano, FrancoAngeli.

Romito P. (2006) "Dispense del corso di psicologia di comunità" Università degli Studi di Trieste, Facoltà di Psicologia.

Romito P., De Marchi M., Molzan Turan J., Ciociano Bottaretto R. e Tavi M. (2004), "Identifying violence among women patients attending family practices. The role of research in community change", *Journal of community and applied social psychology*, 14(1).

Romito P. e Volpato C: (2005), "Women inside and outside Academia: a struggle to access knowledge, legitimacy and influence", *Social science & medicine*, 54(12): 1813-1824.

Stark E. e Flitcraft A. (1996), "Women at risk. Domestic violence and women's health", Sage, London.

Stark E., Flitcraft A., Frazier W. (1983), "Medicine and patriarchal violence: the social construction of a "private" event. In Fee, E. (ed) *Women and Health: The Politics of Sex in Medicine*. Baywood Pub., New York.

Stewart Helton A. (1987), "Battering during pregnancy: intervention strategies". *Birth*, 14, 142-147.

Ventimiglia C. (1996), "Nelle segrete stanze. Violenza alle donne tra silenzi e testimonianze", Angeli, Milano.

Wadman M. C. e Muelleman R.L. (1999), "Domestic violence homicides: ED use before victimization", American Journal of emergency medicine, 17(7): 689-691.

Sito internet consultato:

www.casadonne.it