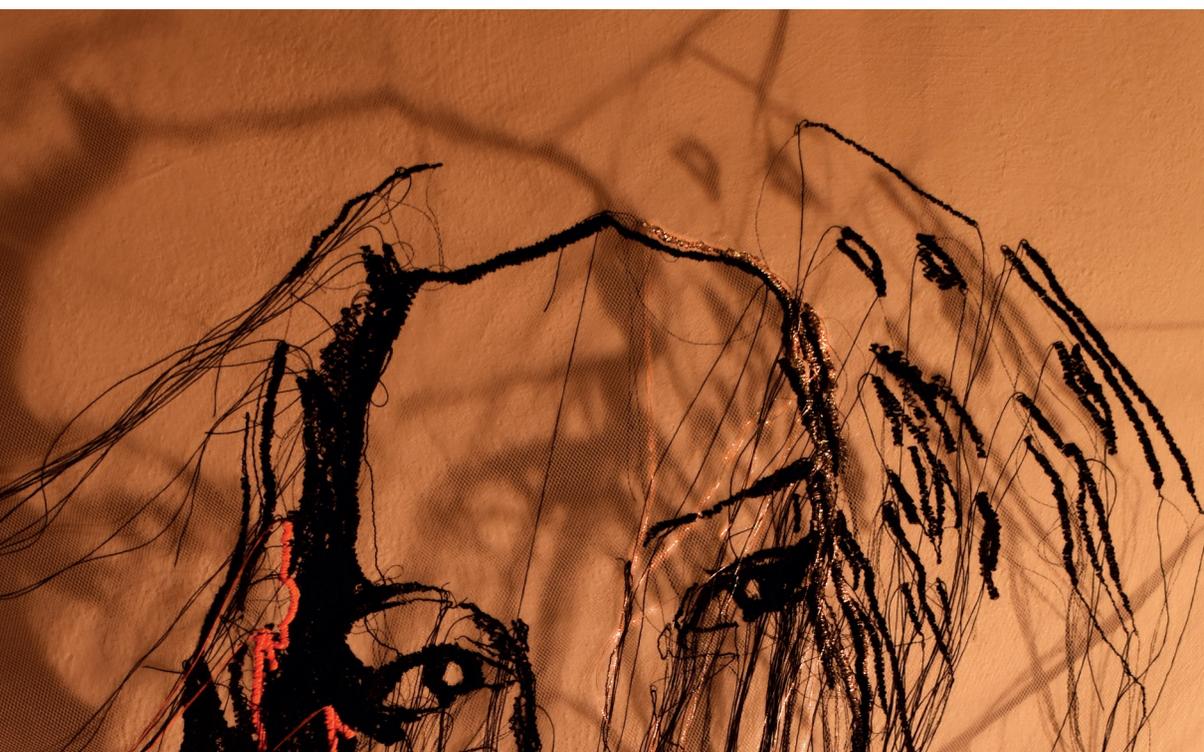


IL REFERTO PSICOLOGICO NEL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

a cura di Rachele Nanni



CASAMATHA
·SCHOLA PISCATORUM·
RAVENNA



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

In copertina:
Lucia Bubilda Nanni, In memoria di **Dalia**
(21 Settembre 1976 - 08 Febbraio 2007)
Tecnica: ricamo su tulle

Hanno cercato di seppellirmi ma non sapevano che io sono un seme.

Proverbio messicano

INDICE

Introduzione	9
Prefazione	13
Autori	22, 23
Ringraziamenti	25
CAPITOLO 1	27
“La violenza di genere: panoramica del fenomeno” <i>Dott.ssa Rachele Nanni, Dott.ssa Antonella Liverani,</i> <i>Dott.ssa Anita Marini, Dott.ssa Maria Clara Monti</i>	
1.1 – Introduzione	27
1.2 – Vissuto emotivo e comportamento violento.....	28
1.3 – Definizione e riferimenti normativi internazionali e nazionali	30
1.4 – Epidemiologia.....	35
1.5 – Modelli di riferimento ed inquadramento teorico.....	36
1.5.1 – Definizione del fenomeno dello stereotipo e del pregiudizio di genere.....	37
1.5.2 – Teorie alla base del fenomeno.....	40
1.6 – Sequele psichiche e costo socio-economico della violenza	44
1.7 – Impatto sui bambini e violenza assistita	45

CAPITOLO 2 53

**“Il referto psicologico alle donne vittime di violenza
su segnalazione del Pronto Soccorso” *Dott.ssa Melissa Mercuriali,
Dott.ssa Rachele Nanni, Dott.ssa Tiziana Iervese***

2.1 – L’accoglienza della donna vittima di violenza in Pronto Soccorso	54
2.2 – Il referto psicologico: definizione, obiettivi, implicazioni.....	59
2.3 – Procedura di intervento	61

CAPITOLO 3 71

**“Casi clinici” *Dott.ssa Melissa Mercuriali,
Dott.ssa Antonella Liverani, Dott.ssa Cristina Dragoni,
Dott.ssa Antonietta Bastoni, Dott.ssa Alessandra Montesi,
Dott.ssa Samantha Nucci***

3.1 – Paola.....	71
3.2 – Carla.....	79
3.3 – Giulia.....	85
3.4 – Francesca.....	93

CAPITOLO 4 101

**“Il centro antiviolenza e la genesi del progetto di refertazione
psicologica” *Dott.ssa Alessandra Bagnara, Avv. Cristina Magnani***

CAPITOLO 5	111
“Uno sguardo sociale sulla violenza di genere”	
<i>Dott.ssa Elisabetta Pillai, Dott.ssa Rachele Nanni</i>	
5.1 – Introduzione	111
5.2 – La violenza dalla voce delle donne	113
5.3 – Gli stereotipi agiti	115
Bibliografia	121
Sitografia	123

INTRODUZIONE

Saluto con piacere questo testo curato dalla dott.ssa Rachele Nanni, Psicologa e Psicoterapeuta Responsabile del Programma di Psicologia Ausl Romagna, che affronta un tema particolarmente delicato e quanto mai attuale come quello della violenza di genere, una realtà purtroppo molto diffusa e radicata nel nostro territorio come in tutto il mondo. Secondo il rapporto dell'OMS del 2013 "Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti", l'abuso fisico e sessuale costituisce, infatti, un problema sanitario di enormi proporzioni che colpisce oltre un terzo delle donne nel mondo. Un numero consistente di dati nazionali ed internazionali evidenzia come le donne che subiscono violenza vadano incontro a notevoli ripercussioni sullo stato di salute fisica, psichica e sessuale. M. Chan, Direttrice generale dell'OMS, nell'ambito del rapporto del 2013, sottolinea come le donne sottoposte ad abusi da parte del proprio compagno abbiano quasi il doppio delle probabilità di soffrire di depressione, abuso di alcol, malattie sessualmente trasmissibili ed abbiano maggiori probabilità di partorire bambini sottopeso. Si evince, quindi, che la violenza patita dalle madri si ripercuote anche nei confronti dei figli fin dalle primissime fasi di vita.

Il più recente rapporto nazionale realizzato nel 2020 dal Ministero della Salute, in merito agli accessi delle donne con vissuto di violenza nell'ambito delle U.O. di Emergenza - Urgenza con riferimento al triennio 2017-2019, afferma che sono state 16.140 le donne in Italia che hanno avuto almeno un accesso in Pronto Soccorso con diagnosi di violenza, per un numero totale di accessi nell'arco del suddetto triennio

pari a 19.160 (1,2 accessi per ciascuna). Tuttavia, emerge anche che, nella medesima casistica e nello stesso arco temporale, il numero di accessi nei Pronto Soccorso sono molto più numerosi rispetto alla casistica generale. Più precisamente, il numero pro-capite di accessi per queste donne, a prescindere dalla diagnosi, è stato superiore a 5 e nella classe di età 18-44 anni superiore a 6. Questo dato pone in luce come una donna che ha subito violenza nell'arco del triennio torni in media 5/6 volte in Pronto Soccorso per motivazioni che non riferisce o che non sono riconducibili dai sanitari alla violenza.

Ancora, i dati forniti nel 2020 dal Ministero dell'Interno, relativi agli omicidi volontari sull'intero territorio nazionale e commessi durante il periodo del lockdown - imposto quale misura per fronteggiare l'emergenza sanitaria pandemica da Covid 19 -, dimostrano che nei primi sei mesi del 2020 si è ridotto il numero complessivo degli omicidi avvenuti nel nostro Paese rispetto all'analogo periodo del 2019 (-19 %). Tuttavia, in controtendenza, il numero di vittime di sesso femminile è aumentato del 5%. Di fatto, mentre nel 2019 le donne costituivano il 35% delle vittime di omicidio, nel 2020 esse ne rappresentano il 45%.

Questi dati da soli evidenziano l'importanza fondamentale non solo di Protocolli specifici di Contrasto alla Violenza di Genere, ma di una formazione continua che consenta ai professionisti dei Pronto Soccorso di svolgere pienamente la propria funzione di intercettazione, rilevazione, assistenza ma anche di avvio della donna ad una rete multiprofessionale ed interistituzionale di accompagnamento alla fuoriuscita dalla spirale ricorsiva della violenza domestica.

Un grande sforzo è stato realizzato negli anni dall'Azienda Usl della Romagna in questa direzione attraverso la piena adozione delle Procedure Aziendali n. 109/17 "Linee guida per l'accoglienza e la presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso" e n. 106/20

“Preso in carico e trattamento di uomini autori di violenza di genere, Liberiamoci dalla violenza”, come anche con la realizzazione di un piano formativo articolato che ha coinvolto facilitatori sanitari e sociali dei Pronto Soccorso e dei Consulenti Familiari. Tali azioni costituiscono parte integrante dei Protocolli Prefettizi che l’Azienda Usl della Romagna ha sottoscritto presso ciascun ambito Provinciale in collaborazione con gli Enti Locali, le Forze dell’Ordine, i Centri Antiviolenza.

L’impegno dell’Azienda rispetto a questi temi si è tradotto in un’attenzione anche al suo interno con l’attivazione di percorsi di ascolto e supporto rivolti ai dipendenti che ritengano di aver subito molestie e/o discriminazioni, affinché non venga consentita o tollerata nei loro confronti alcuna azione persecutoria o discriminatoria.

Il presente contributo, frutto dell’impegno di numerose professioniste aziendali, costituisce un ulteriore strumento di formazione, aggiornamento, approfondimento e testimonianza offerto alla rete degli operatori sanitari e sociali che ogni giorno incontrano le donne nelle realtà ospedaliere e territoriali. E’ inoltre uno strumento utile a favorire la promozione di azioni integrate, anche interistituzionali, di formazione e informazione per un indispensabile cambiamento culturale.

Tiziano Carradori

Direttore Generale AUSL della Romagna

PREFAZIONE

Secondo i risultati dell'Indagine Europea del 2014, i medici e le istituzioni sanitarie sono più frequentemente contattati da donne vittime di violenza: *“Perciò esiste un potenziale considerevole per i professionisti della salute di venire in contatto con le vittime ed identificare la violenza, informare la polizia, assicurare prove legalmente valide, avviare un percorso di intervento mirato alla fuoriuscita delle vittime dalla violenza. A sostegno di ciò, i risultati dell'indagine mostrano che l'87% delle donne vorrebbe che i medici indagassero il tema della violenza quando vanno da loro mostrando determinati problemi di salute”*¹.

Questo dato sostiene l'idea che bisogna provvedere ad una formazione mirata per gli operatori sanitari e alla costruzione di percorsi dedicati nei presidi ospedalieri per incentivare l'ingresso delle donne e incoraggiarle a disvelare i traumi da violenza domestica (o di coppia, *intimate partner violence*), che costituisce la violenza più diffusa, secondo l'OMS. In Italia, sul piano sanitario, già dal 2008 Livia Turco (ministra della salute dell'epoca) aveva posto l'attenzione sulla creazione di un percorso dedicato alle donne nel settore ospedaliero e soprattutto nei Pronto Soccorso, considerati il punto di maggiore accesso istituzionale delle vittime di gravi violenze ed abusi. E da allora molte esperienze di 'percorso' o 'codice' rosa nei Pronto Soccorso ospedalieri sono state messe in campo, non sempre dedicate solo alle donne vittime di violenza, ma anche a tutte le vittime di violenza (ad esempio l'esperienza toscana di Grosseto).

¹FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014) *Violence Against Women: An EU-Wide Survey, Results At A Glance*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Questa prassi dei percorsi rosa è stata consolidata con la legge di stabilità n. 208 del 2015 che agli artt.790/91 ha: *“istituito, nelle aziende sanitarie e ospedaliere, un percorso di protezione denominato Percorso di tutela delle vittime di violenza”*. Nel 2017 poi, con il varo delle Linee guida nazionali per il percorso di tutela delle vittime di violenza, si è precisato che i percorsi c.d. ‘rosa’ devono essere dedicati esclusivamente alle donne (e non a tutte le vittime di violenza) ed ai loro figli minori, prevalendo così quell’orientamento che in alcune regioni come la Campania e l’Emilia Romagna si era già affermato.

In questi anni dal 2008 ad oggi, il percorso rosa, prima in Campania come regione capofila e poi in Emilia Romagna (in particolare presso l’AUSL Romagna) si era arricchito di un’esperienza innovativa, il fornire le donne di un doppio intervento, una refertazione medica integrata con un’osservazione psicologica mirata a raccogliere gli effetti psicologici di ogni tipo di violenza, da quella fisica a quella psicologica ed economica.

La refertazione psicologica nasce quindi da una doppia esigenza, raccogliere gli effetti psicologici di ogni tipo di violenza e poi rappresentare, facendola uscire dalla zona di invisibilità, la violenza psicologica attraverso il racconto della donna e la valutazione del suo stato psichico. La violenza psicologica è infatti la violenza più diffusa a livello nazionale ed internazionale, ma anche quella meno rappresentata nei referti medici e nei Pronto Soccorso. Si tratta di quella violenza per cui le donne non ritengono di aver bisogno di assistenza e accoglienza nei Pronto Soccorso, e di cui si dice: *“ non si può andare in ospedale perché non ci sono lesioni accertabili”*. Quella violenza è costituita da aggressioni verbali, minacce anche di morte, ricatti ma soprattutto è centrata intorno al controllo coercitivo, che è l’espressione più tipica della violenza maschile ancorata saldamente ai comportamenti di dominio sulle donne.

Il percorso ospedaliero dedicato alle vittime di violenza può essere organizzato anche con uno sportello o centro di prima assistenza psicologica, permettendo alle donne di avere un importante strumento di difesa nei procedimenti civili che le riguardano quando hanno anche figli minori.

Oggi sappiamo che le donne che arrivano ai nostri Pronto Soccorso sono in prevalenza donne madri (80% circa secondo le statistiche degli ospedali Cardarelli e San Paolo di Napoli) con bambini piccoli, sappiamo che la loro battaglia più difficile è quella di essere riconosciute nei tribunali civili come vittime di violenza per ottenere l'affido esclusivo ed una valida tutela dei figli dai padri violenti.

Sappiamo anche che queste donne sono spesso restie a denunciare e a sporgere querele, perché non vogliono danneggiare la relazione dei loro figli con i padri, inconsapevoli, come d'altra parte tutte le istituzioni, che un uomo che maltratta una madre non è un buon padre dal momento che espone i propri figli ad una violenza che li colpisce, ferisce e che ha esiti anche a lungo termine sulla loro salute.

Accade poi, sempre più spesso, che uomini che hanno aggredito le loro partner arrivino in Pronto Soccorso, anche prima delle donne, lamentando di essere stati aggrediti e mostrando qualche graffio, evidentemente esiti di una reazione difensiva della donna. Partono così le doppie denunce che vengono poi male interpretate come “*elevata conflittualità*”; cosa che apre le porte a giudizi affrettati e a improvvise archiviazioni nel segno del “*pari e patta*”. Noi sosteniamo, dal punto di vista sanitario, come manchi, in queste situazioni, quel valore aggiunto che può essere fornito dal referto psicologico; esso infatti può differenziare ulteriormente l'assistenza in Pronto Soccorso all'interno dei percorsi dedicati alle donne, andando a dettagliare le specifiche dinamiche di coppia e con ciò riuscendo a ben rappresentare il *discrimen* tra i contesti di violenza e quelli, sic

et simpliciter, di conflittualità. Nel referto psicologico non c'è solo la rilevazione asettica di un graffio, di un'ecchimosi o di uno stato d'ansia; nel referto psicologico vi è raccolto e fotografato, attraverso il racconto dettagliato della vittima, accompagnato dalla descrizione dei suoi stati d'animo e delle sue manifestazioni emotive, quanto accaduto nella relazione di coppia nelle immediate circostanze dei fatti.

Riporto qui, a titolo esemplificativo, quanto affermato dal Giudice, della I sezione civile del tribunale di Napoli, la dott.ssa Rosetti, in occasione di un webinar promosso il 6 maggio 2021 dalla Università Federico II sul Protocollo Napoli (linee guida per la consulenza tecnica nei casi di violenza domestica): *“Io mi affido molto a quelle che sono le relazioni che vengono redatte dai sanitari all'interno dei pronto soccorso nei percorsi rosa in cui le donne vittime di violenza dopo il primo approccio medico vengono indirizzate allo sportello psicologico. Le relazioni dello sportello psicologico sono illuminanti per me, io le leggo in tutte le parti e non mi soffermo solo sul racconto della vittima, ma c'è una prima valutazione fatta dal sanitario sull'attendibilità in quel momento della donna, che è estremamente utile, vi è registrato ogni aspetto come l'atteggiamento di ansia, le modalità del racconto, la sua coerenza, l'assenza di contraddizione e altri aspetti che depongono per l'attendibilità psicologica della donna. Leggo tutto e riporto anche alcuni passaggi nei miei provvedimenti perché rappresentano effettivamente una fotografia nell'immediatezza dei fatti denunciati, cosa che può essere sicuramente utile.”*

In altra occasione la giudice Rosetti ha confermato la necessità di relazioni e referti psicologici che illuminino la violenza invisibile, la violenza psicologica quello che lei ha chiamato il *“mobbing familiare”*, fatto di atti di discredito, minacce verbali, controllo e possesso, ma non accompagnati da lesioni fisiche. Fatti che solo uno psicologo addestrato può cogliere nel racconto della donna che si presenta in un

Pronto Soccorso o in altra situazione.

Ancora in ordine all'attendibilità psicologica desunta dall'attività valutativa dello psicologo nel referto così si è espressa la Procura di Napoli in un documento del 2 febbraio 2014: *“Si può ritenere che in forza della duplice articolazione del referto psicologico (parte dichiarativa della vittima; parte valutativa da parte del sanitario) si può attribuire un carattere documentale al referto nella parte in cui esso ha come oggetto l'osservazione diretta, a cura del sanitario, in ordine allo stato emotivo, cognitivo e comportamentale della vittima, nonché alle deduzioni effettuate dallo stesso sanitario in ordine all'attendibilità psicologica della persona e alla diagnosi complessiva che – partendo dal narrato – fornisce indicazioni sulle condizioni psicologiche della vittima. In questi termini al referto psicologico può essere riconosciuta valenza documentale e conseguentemente può esserne richiesta l'acquisizione in dibattimento e l'utilizzazione in parte qua (parte valutativa del sanitario, mentre la vittima per la sua parte dichiarativa va ascoltata nel procedimento). (In definitiva) il referto psicologico (come d'altra parte già succede per il referto medico) può essere indicato tra le fonti di prova in occasione dell'esercizio dell'azione penale”*. Emerge quindi come il referto psicologico sia considerato dall'autorità giudiziaria un valido strumento di supporto della sua attività istruttoria e ricognitiva sia nel penale (individuazione di un reato di maltrattamento) sia nel civile (individuazione di un genitore inadeguato).

Referto medico e referto psicologico convergono poi insieme nell'individuazione dei fattori di rischio e letalità per le vittime, la cui rilevazione è estremamente utile per il giudice per comprendere meglio i rischi per la vita e disporre le tutele giudiziarie più opportune per la vittima. Ciò aiuta a non cadere in quei rischi di sottovalutazione che ancora oggi sono attribuiti ad una magistratura scarsamente formata e

specializzata sul tema.

Se però le linee guida nazionali hanno previsto per l'intervento medico una breve checklist di indicatori di letalità, l'intervento psicologico con l'attività di refertazione - come ben illustrato in questo volume e nel precedente²- lascia un ampio spazio all'anamnesi. L'anamnesi nel referto riguarda specificamente l'analisi cronologica e pregressa dei fatti di violenza all'interno di quella relazione di coppia, per valutare nella progressione temporale le manifestazioni di violenza ed il loro incrementarsi fino all'oggi, quando di concretizzano gli ultimi o l'ultimo fatto per cui la donna va a refertarsi. La valutazione anamnestica aiuta ad uscire dall'ottica della violenza come episodio isolato immerso in un contenitore vuoto; essa ci permette di introdurre nell'osservazione di Pronto Soccorso una perdurante e progressiva condizione di maltrattamento connotata da quei comportamenti di possesso e controllo indicatori essenziali per valutare il rischio per la vita che una donna corre soprattutto nel momento in cui decide di interrompere la relazione e di separarsi.

Ancora, il referto psicologico dà spazio, andando al di là di quanto si racchiude in un referto medico, ad una disamina degli esiti di quella violenza sui minori, dando visibilità ad un altro aspetto che la magistratura civile il più delle volte sottovaluta o non prende proprio in considerazione, ovvero la violenza assistita. Identificare nella violenza assistita gli esiti di danno alla salute per i bambini servirebbe per identificare, in modo celere senza ricorso a onerose CTU (Consulenze tecniche di ufficio) il genitore idoneo, aderendo a quanto indicato dalla Convenzione di Istanbul agli articoli 26 e 31 che impongono di mettere in sicurezza la coppia madre bambino, senza ipotesi di affido condiviso con il partner violento.

² Reale, E. (2021) *La violenza invisibile sulle donne. Il referto psicologico: linee guida e strumenti clinici*. Franco Angeli, Milano 2021.

Noi ci auguriamo oggi che, con questa lunga esperienza dell'attività complessa di refertazione psicologica in Pronto Soccorso (asseverata in due regioni, con le rispettive forme di deliberazioni, a livello di consiglio regionale per la Campania - delibera n. 47 del 28.1.2020 - e presso l'azienda USL della Romagna tramite la Procedura 109/2017 "*Linee guida per l'accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso*"), si possa arrivare in breve ad una diffusione di questa buona prassi, coinvolgendo prima altre regioni e poi l'intero territorio nazionale.

Di seguito quindi una breve sintesi delle caratteristiche del referto psicologico, che fanno di questo strumento un valido presidio per la tutela delle donne vittima di violenza:

- costituisce una novità nel panorama nazionale, e solo due regioni ad oggi lo hanno predisposto come secondo step del percorso in Pronto Soccorso dedicato alle donne che subiscono violenza;
- fa parte del percorso rosa ed è, come questo, indirizzato alle sole vittime donne ed ai loro figli minori, senza che ciò costituisca discriminazione nei confronti degli uomini ai sensi dell'art. 4 della Convenzione di Istanbul;
- è finalizzato specificamente al riconoscimento della violenza psicologica, che ha nel "controllo coercitivo" il suo cuore, costituendo l'essenza stessa del dominio maschile sulle donne;
- è costituito da un'osservazione psicologica degli effetti che un determinato evento o trauma hanno prodotto e mira a dare visibilità agli esiti psicologici di ogni tipo violenza (sia essa fisica, economica, sessuale, relazionale, ecc.);
- sostiene la donna nel riconoscimento di atti e comportamenti maschili, fino a quel momento vissuti dalla donna come normale relazione di coppia;

- ha un'importanza giudiziaria speciale perché contiene implicitamente quel nesso di causalità tra un effetto, ovvero una condizione medica, fisica o psicologica alterata ed un fatto accaduto in prossimità dell'osservazione da parte del tecnico, il quale potrà rilevare la coerenza tra la reazione osservata e quanto riferito circa l'evento che l'ha provocato;
- tiene unite le diverse esigenze delle vittime: dare agli altri e rinforzare per sé una corretta immagine dei fatti di violenza e delle responsabilità oggettive degli autori, risperimentare vissuti di paura e timore (relativi agli eventi subiti) in un contesto supportivo e rassicurante, in grado di avviare le procedure di tutela che possono contrastare quelle paure relative alla sicurezza per sé e per i figli;
- ricostruisce l'evento traumatico, dettagliandolo e correlandolo anche con gli aspetti emotivi che si sono affacciati nel racconto delle violenze subite, permettendo così alla donna di avere una prova documentale importante;
- costituisce, così, una modalità di cristallizzazione di un contenuto emotivo (che poi potrà andare disperso in condizioni diverse e successive) attraverso un racconto dettagliato dell'evento traumatico. Il referto psicologico fornisce quindi la possibilità di “conservare” (fissandolo nella descrizione) la rappresentazione di un comportamento emotivo, indicatore importante di un abuso, e di consegnarlo nella sua “vivezza” alla lettura del procedimento giudiziario, anche anni e anni dopo, indipendentemente anche dall'ascolto dell'operatore che l'ha osservato. Possiamo quindi affermare che il referto psicologico punta ad una forma di crio-conservazione degli aspetti emotivi del trauma da violenza. Come afferma il Dipartimento della Giustizia americano³: non solo cristallizza un racconto e gli aspetti emotivi correlati, ma in

³U.S. - NCJRS(2001) *Documenting Domestic Violence: How Health Care Providers Can Help Victim*. National Criminal Justice Reference Service, Washington.

questa correlazione attesta, se c'è, anche la coerenza tra quanto narrato e quanto ri-sperimentato e rivissuto emotivamente durante il racconto, cosa che fonda un giudizio di attendibilità psicologica che riguarda anche la veridicità degli eventi descritti.

Elvira Reale

Psicologa, Responsabile del Centro di riferimento regionale
di prima assistenza per le donne vittime di violenza
Ospedale Cardarelli di Napoli

IL REFERTO PSICOLOGICO NELLA VIOLENZA DI GENERE

A CURA DI:

Rachele Nanni

Psicologa, Psicoterapeuta

Responsabile Programma Psicologia AUSL Romagna

CON I CONTRIBUTI DI:

Alessandra Bagnara

Presidente del Centro Antiviolenza Linea Rosa di Ravenna

Antonietta Bastoni

Dirigente Psicologa AUSL Romagna, sede Consultorio di Cesena

Cristina Dragoni

Dirigente Psicologa AUSL Romagna,

sede Ospedale Bufalini di Cesena

Tiziana Iervese

Dirigente Medico AUSL Romagna

Responsabile Struttura Semplice di Medicina d'Urgenza

Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì

Antonella Liverani

Dirigente Psicologa AUSL Romagna

Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì

Cristina Magnani

Avvocata consulente del Centro Antiviolenza

Linea Rosa di Ravenna

CON I CONTRIBUTI DI:

Melissa Mercuriali

*Dirigente Psicologa AUSL Romagna
sede Ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna*

Anita Marini

*Dirigente Psicologa AUSL Romagna
sede Consultorio di Ravenna*

Alessandra Montesi

*Dirigente Psicologa AUSL Romagna
sede Ospedale degli Infermi di Rimini*

Maria Clara Monti

*Psicologa, tirocinante
AUSL della Romagna*

Rachele Nanni

*Responsabile Programma Aziendale di Psicologia
AUSL Romagna*

Samantha Nucci

*Dirigente Psicologa AUSL Romagna
sede Ospedale degli Infermi di Rimini*

Elisabetta Pillai

*Assistente Sociale, Responsabile area sociale
interdipartimentale DSDIA contrasto alla violenza
AUSL Romagna*

RINGRAZIAMENTI

Nella costruzione di questo percorso non possiamo fare a meno di ringraziare per la fiducia, la passione e l'energia che ci ha sempre comunicato la Dott.ssa Maria Pazzaglia, già Direttrice del Dipartimento Aziendale di Emergenza ed Urgenza. Sotto la sua guida attenta e volitiva abbiamo mosso i primi passi di questo lavoro e lo abbiamo gradualmente allargato a tutto il territorio Aziendale.

Ringraziamo il Centro Antiviolenza *Linea Rosa* che già dal 2015, precorrendo i tempi, ha voluto e richiesto alla nostra Azienda di assumere questa funzione innovativa, sostenendo la formazione e la supervisione delle nostre professioniste con la Dott.ssa Cinzia Sintini e la Dott.ssa Elvira Reale.

Ringraziamo il Dott. Mauro Marabini, Direttore del Dipartimento di Cure Primarie che ha creduto nel nostro lavoro e ci ha sostenuto nel dargli forma attraverso il generoso contributo del Dott. Maurizio Piancastelli e del Collegio degli Ufficiali della più antica e istituzione culturale ravennate *Casa Matha, Schola Piscatorum*: Massimo Bozzano, Paolo Bezzi, Francesco Aquilanti, Claudio Brandino, Giovanni Fanti, Cesare focaccia, Stelio Gardelli, Giampaolo Ghini, Francesco Nicolli, Pergiorgio Vasi, Tiziano Zampiga, Siviero Amaducci, Claudio Masini, Matteo Santini.

Ringraziamo tutti i colleghi medici ed infermieri dei Pronto Soccorso della nostra Azienda che ogni giorno, anche in questi difficilissimi anni, non hanno perso l'attenzione, la cura, la sensibilità ad ogni singola donna che si è rivolta loro in preda alla paura. Ed ancora tutti gli operatori sociali, sanitari, giuridici, delle forze dell'ordine e dei Centri Antiviolenza con i quali ogni giorno ci interfacciamo per tessere insieme una rete efficace di protezione, di prevenzione e di aiuto.

CAPITOLO 1

La violenza di genere: panoramica del fenomeno

*Dott.ssa Rachele Nanni, Dott.ssa Antonella Liverani, Dott.ssa Anita Marini,
Dott.ssa Maria Clara Monti*

1.1 Introduzione

«Alla base dell'agire c'è un vizio di mente ma non di origine psichica, bensì di origine culturale. ...Non occorre essere dei sociologi per capire che l'omicidio... riproduce episodi sempre più frequenti che appartengono ad una cultura del dominio. Ogni tre giorni un uomo uccide una donna che si oppone al suo volere...»¹ da un'aula di tribunale in merito al femminicidio, il più estremo dei comportamenti violenti. (Requisitoria del Procuratore Generale della Repubblica Gianluca Chiapponi, Ravenna 26/09/2019).

La violenza agita sulle donne rappresenta, anche nella società contemporanea, un tema di estrema attualità che assume connotati multiformi, insidiosi, eclatanti o sottaciuti, frequentemente sottovalutati o addirittura culturalmente giustificati e “normalizzati”.

Al contrario di quanto si possa pensare, si tratta di un fenomeno che non appartiene alla sfera delle marginalità, del disagio sociale o della malattia mentale, bensì coinvolge tutte le classi sociali, le professioni, i livelli educativi, le religioni, le culture e la così detta “normalità”. Esso affonda le sue radici nella disuguaglianza di genere ed è mantenuto da pregiudizi, stereotipi e da una profonda cultura patriarcale, che continua

¹ <http://www.udiravenna.it/2019/10/15/ombre-di-un-processo-per-femminicidio-36-fuori-sacco/>

a permeare la nostra società, i servizi sanitari, quelli educativi e sociali, il sistema giudiziario, le classi politiche, i media. Per questa ragione le donne che trovano il coraggio di denunciare sono ancora di frequente oggetto di vittimizzazione secondaria o istituzionale, specie nei casi di violenza agita in presenza di figli minorenni.

I dati epidemiologici dimostrano che la violenza agita potrebbe manifestarsi nella nostra casa o in quella del vicino, che la incontriamo ogni giorno, senza saperlo, senza vederla o senza riuscire ad intercettarla. Anche le istituzioni sanitarie, seppur deputate alla prevenzione e alla cura della salute dei cittadini, sono di frequente impreparate a riconoscere tempestivamente i segnali di un rischio diffuso.

Cosa possiamo fare? Conoscere il fenomeno, comprenderlo, mettersi in rete per operare con consapevolezza nella quotidianità e nel proprio contesto sociale e professionale.

1.2 Vissuto emotivo e comportamento violento

Prima di iniziare ad affrontare il tema della violenza di genere è opportuno soffermarsi brevemente sul modo in cui i vissuti emotivi possano entrare in rapporto diretto con l'agire umano: la sfera emozionale non adeguatamente gestita, riveste un ruolo cardine nella messa in atto di condotte violente. Nella quotidianità della nostra vita, infatti, la relazione con gli altri è orientata attraverso le emozioni. Nel linguaggio corrente il termine "emozione" si riferisce a stati di attivazione psico-fisica coscienti come gioia, paura, rabbia, disgusto, disperazione che ci spingono a compiere azioni. La paura, in particolare, attiva uno stato di allerta: il cuore inizia a battere più forte, la sudorazione aumenta preparandoci all'attacco o alla fuga. Queste modificazioni fisiologiche, accompagnate da un vissuto soggettivo e da manifestazioni comportamentali, sono caratteristiche comuni che orientano all'azione gli esseri umani come anche gli altri mammiferi. A questi stati emotivi di base tuttavia si

affiancano, negli esseri umani, emozioni “sociali” più evolute le quali presuppongono, per la loro maturazione, funzioni corticali superiori di natura relazionale e processi di apprendimento culturalmente determinati. Tali sono la vergogna, l’orgoglio, la gelosia, l’invidia, la soddisfazione, l’umiliazione... e le molte altre che vengono percepite nella vita di tutti i giorni.

Le emozioni, alla stregua di una bussola, facilitano un processo rapido di valutazione implicita e risposta agli eventi. Al tempo stesso la loro declinazione è forgiata dalla storia personale, familiare e culturale di ognuno. La valutazione di eventi simili viene interpretata alla luce di aspettative soggettive e personali differenti. Prendiamo ad esempio la situazione di uno studente che riceve una valutazione accademica inferiore rispetto ad un suo pari; il significato attribuito a questo evento attiverà emozioni diverse: nel caso venisse coltivata l’idea di essere incapace, l’emozione provata sarà quella della tristezza, dello sconforto, della prostrazione; se invece il criterio valutativo della situazione fosse in termini di competizione e confronto, susciterà rabbia, invidia, frustrazione; ancora, nel caso in cui fosse attribuito alla performance il valore della “figuraccia”, il sentimento sarà di vergogna ed umiliazione; se infine fosse considerato un successo rispetto a precedenti prestazioni, frutto dell’impegno e dell’aiuto ricevuto dal compagno, potrebbe essere evocato un sentimento di soddisfazione e cooperazione.

Le emozioni sociali complesse non sono mai mere reazioni fisiologiche, istintuali, “pulsionali”, prive di mediazione concettuale, ma il risultato di una storia di apprendimenti, relazioni, aspettative e rinforzi interpersonali. Allo stesso modo i comportamenti aggressivi da una parte e violenti dall’altra non costituiscono pure “reazioni di impeto”, ma strategie comportamentali apprese, orientate al raggiungimento di un fine relazionale. Emozioni diverse come la rabbia, la paura, la vergogna, la gelosia, l’umiliazione, sollecitano a modificare uno stato disagiata

verso una direzione che determini un sollievo temporaneo. La forma, che assumeranno le azioni, sarà influenzata dalla capacità, maturata dall'individuo, di tollerare le frustrazioni, immaginare punti di vista diversi, comprendere e mediare i propri bisogni con quelli degli altri, attivare nuove risorse personali e relazionali: quella che prende il nome di intelligenza emotiva (Goleman D., 2011).

Aggressività e comportamenti violenti non sono concetti sovrapponibili: la prima può esprimersi positivamente attraverso comportamenti assertivi, volitivi, auto-protettivi o emancipatori che consentano all'individuo di gestire i conflitti, rivendicando uno spazio per l'affermazione dei propri bisogni, diritti e desideri cercando un confronto anche aspro, ma paritario che tenga conto della dignità all'interlocutore; diversamente i comportamenti violenti si fondano sulla disparità di potere fisico, relazionale, economico, ed hanno lo scopo di sopraffare l'altro costringendolo dentro i confini della propria volontà.

Non è mai tecnicamente corretto quindi descrivere un comportamento violento come un mero "impulso", "raptus", "perdita di controllo" poiché esso, al contrario, ha uno scopo ben preciso: *«la violenza è qualsiasi atto indirizzato contro un'altra persona, dove questo atto nuoce, offende o genera paura, lede la dignità altrui e mira ad influenzare o dominare gli altri»* (Isdal P., 2000).

1.3 Definizioni e riferimenti normativi internazionali e nazionali

La definizione del concetto di violenza di genere è mutata nel tempo, sia perché i fattori sociali e sociodemografici relativi al fenomeno sono essi stessi in continuo cambiamento, sia perché i riferimenti legislativi e gli studi in materia risultano in costante evoluzione.

La *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women - CEDAW)*, stipulata durante l'Assemblea

generale delle Nazioni Unite del 1979 definisce la “discriminazione contro le donne” come *«ogni distinzione, esclusione o limitazione effettuata sulla base del sesso e che ha l'effetto o lo scopo di compromettere o annullare il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, indipendentemente dal loro stato civile, sulla base della parità dell'uomo e della donna, dei diritti umani e delle libertà fondamentali nel settore politico, economico, sociale, culturale, civile, o in ogni altro settore»*.²

Nel 1993, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite, ha adottato la Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne, che riconosce la *«necessità urgente per l'applicazione universale alle donne dei diritti e dei principi in materia di uguaglianza, garantire la sicurezza, la libertà, l'integrità e la dignità di tutti gli esseri umani»*.³ L'art. 1 di tale Dichiarazione, riconosciuta come complementare e rafforzativa della CEDAW, definisce “violenza contro le donne” *«ogni atto di violenza fondata sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà»*.⁴

Sempre nel 1993, nel corso della *Conferenza Mondiale sui Diritti Umani*, venne sostenuta per la prima volta l'importanza di valorizzare la figura della donna a partire dalla adozione di politiche di parità di genere, riconoscendo che *«...i diritti umani delle donne e delle bambine sono un'inalienabile, integrale e indivisibile parte dei diritti umani*

² Conventions.coe.int

³ World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization.

⁴ World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization.

universali».⁵ Successivamente, durante la *Conferenza mondiale di Pechino* del 1995, i diritti umani delle donne sono stati inseriti definitivamente nell'agenda politica, mettendo in primo piano l'importanza di introdurre un'ottica di genere fondata sulle pari opportunità e sullo sviluppo equo di progetti orientati al contrasto della violenza, ma anche alle problematiche economiche quali la povertà, l'ineguale accesso alle risorse, la mancata possibilità di ricevere un'adeguata educazione che consenta successivamente al mondo femminile di raggiungere determinate posizioni di potere. «*In tutte le società, in misura maggiore o minore, le donne e le bambine sono soggette a violenza fisica, sessuale e psicologica secondo schemi che superano le barriere di reddito, classe sociale e cultura. La condizione sociale inferiore delle donne e le loro condizioni economiche di dipendenza possono essere sia una causa sia una conseguenza della violenza contro le donne*».⁶

Si dovrà attendere il 2011 per ottenere tuttavia il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante, che consente di creare una normativa articolata a tutela delle donne contro tutte le forme di violenza, ovvero la Convenzione di Istanbul, prodotta dal *Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica* tenutosi nella primavera del 2011. La Convenzione di Istanbul, ratificata dall'Italia con Legge 27 giugno 2013 n. 77 ed entrata in vigore l'1 agosto 2014, sancisce nell'art. 3 che la violenza maschile contro le donne non è solo una forma di discriminazione, ma è una violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali, oltre che del diritto alla salute. Si tratta del primo strumento internazionale volto a garantire un quadro normativo completo a tutela delle donne contro qualsiasi forma di violenza. Vengono inoltre definiti i concetti di “violenza domestica”

⁵ <https://www.dors.it/tema.php?idtema=51#:~:text=%C3%88%20ritenuta%20una%20violazione%20dei,indivisibile%20dei%20diritti%20umani%20universali>.

⁶ <http://www.fondazionezaninoni.org/pdf/Pechino1995.pdf>

con cui si intendono tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che avvengono all'interno della famiglia o tra partner e di "violenza basata sul genere" con cui si fa invece riferimento a qualsiasi tipo di violenza diretta contro una donna in quanto tale.

L'OMS definisce la violenza come «*l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o la minaccia di tale uso, rivolto contro sé stessi, contro un'altra persona (...) che produca o sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni*» (WHO, 2013). Nello specifico caso della violenza di genere, ossia subita dalle donne ad opera del partner attuale o dall'ex partner, essa viene spesso indicata in modi diversi: come violenza domestica, come violenza coniugale o nelle relazioni di intimità (*Partner or ex Partner Violence, Domestic Violence or Intimate Partner Violence – IPV*). Spesso le donne si trovano nella condizione di subire minacce e discriminazioni, nonché violenza psicologica anche da parte di sconosciuti o sul luogo di lavoro, con una sempre maggior frequenza e impatto sul benessere personale (Grezzi C., 2003).

Le *Linee guida regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere*, redatte dalla Regione Emilia Romagna (2013), identificano alcune possibili declinazioni dei comportamenti violenti perpetuati sulle donne:

- *Violenza fisica*: ogni forma di violenza che mina l'integrità fisica
- *Violenza psicologica*: ogni forma di violenza che mina l'integrità psicologica
- *Violenza sessuale*: ogni forma di coinvolgimento in attività sessuali imposte, agita nella maggior parte dei casi da persone conosciute (ex partners, amici, vicini di casa, colleghi)
- *Violenza economica*: ogni forma di controllo sull'autonomia economica
- *Violenza familiare*: qualsiasi combinazione di violenza fisica,

sessuale, psicologica ed economica agita all'interno della casa da persone con cui si convive

- *Violenza assistita dai figli o dalle figlie*: qualsiasi atto di violenza compiuta su figure significative adulte o minori, di cui il/la minore può fare esperienza direttamente o indirettamente e percependone gli effetti.

Un'ulteriore forma di violenza, più recentemente riconosciuta dal sistema giudiziario, è costituita dallo *stalking*, ossia una forma di comportamento intimidatorio, controllante, persecutorio atto ad incutere terrore psicologico e che può culminare frequentemente in atti di violenza fisica contro una vittima designata. Infine, la crescente diffusione dei social network ha ampliato ulteriormente gli strumenti attraverso i quali è diventato possibile agire forme di violenza fino a poco tempo fa inedite: il *revenge porn*, in cui materiale fotografico o video viene diffuso senza consenso sul web a scopo umiliante, ricattatorio e diffamante; il fenomeno del *cyber stupro* in cui, pur in assenza di contatto fisico, vengono condivise immagini accompagnate da commenti a sfondo sessuale di carattere violento, oggettificanti ed incitanti forme di abuso che possono avere conseguenze psicologiche sulle vittime paragonabili a quelle dello stupro. Recentemente la Legge 69/2019 ha contribuito ad apportare diverse modifiche al codice penale, con l'obiettivo di assicurare maggior tutela delle vittime di violenza domestica e di genere. Il cosiddetto "Codice Rosso", introdotto come modifica al codice di procedura penale, è stato approvato al fine di «...evitare che eventuali stasi, nell'acquisizione e nell'iscrizione delle notizie di reato o nello svolgimento delle indagini preliminari, possano pregiudicare la tempestività di interventi, cautelari o di prevenzione, a tutela della vittima dei reati di maltrattamenti, violenza sessuale, atti persecutori e di lesioni aggravate in quanto commesse in contesti familiari o

*nell'ambito di relazioni di convivenza».*⁷

Gli obiettivi promossi dalla recente normativa sono quelli di garantire l'immediata istituzione e progressione del procedimento penale al fine di pervenire, ove necessario e nel più breve tempo possibile, all'adozione di provvedimenti "protettivi o di non avvicinamento" tutelando nell'immediato la vita e l'incolumità fisica delle vittime di violenza domestica e di genere.

1.4 Epidemiologia

Secondo i dati ISTAT 2014, circa il 40% delle donne tra i 16 e i 70 anni ha subito una qualche forma di violenza: il 20% violenza fisica, il 15% violenza sessuale, il 5% forme di violenza quali lo stupro o il tentato stupro. Nell'ambito del campione individuato circa il 15% delle donne ha subito violenze per opera dell'attuale partner, il 20% da un ex partner e il restante 5% da sconosciuti.

Nonostante la violenza di genere sia un fenomeno culturalmente trasversale, emergono alcune differenze qualitative in relazione all'etnia di appartenenza delle vittime: la violenza fisica è individuata come tipologia più frequente di violenza subita dalle donne straniere (25,7% vs 19,6%), mentre quella sessuale è più frequente tra le italiane (21,5% vs 16,2%).

Stime recenti pubblicate dall'OMS (WHO, 2017) confermano la rilevanza del fenomeno: circa una donna su tre continua a subire, nel corso della propria vita, violenza psicologica e/o sessuale all'interno della relazione sentimentale o in contesti estranei alle relazioni di intimità. Tali evidenze avvalorano la necessità di individuare interventi rivolti alla tutela delle vittime e alla riabilitazione degli aggressori, al fine di promuovere una cultura di genere che fondi i propri pilastri sull'uguaglianza e la parità.

⁷ https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1154235.pdf?_157317255581

1.5 Modelli di riferimento ed inquadramento teorico

La violenza di genere ha un carattere transculturale e trasversale; nessuna ricerca ha potuto finora evidenziare fattori specifici (il gruppo etnico, l'età e/o le condizioni socio-economiche favorevoli, ecc...) che contribuiscano ad identificare in modo univoco il "profilo" dell'uomo violento o della donna "vittima" (Reale E., 2011). Secondo Lisak D. (1994) esisterebbero delle condizioni esperienziali che porterebbero alla configurazione di un'identità di genere maggiormente predisposta all'attuazione di comportamenti violenti. Tra questi vengono citati i valori trasmessi dalla famiglia d'origine e consolidatisi in adolescenza, connotati da una concezione rigidamente stereotipata dei ruoli sessuali ed un atteggiamento tendenzialmente negativo nei confronti delle donne. Alcune ricerche hanno cercato di raccogliere, attraverso lo studio della personalità di uomini autori di violenza, alcuni tratti più frequentemente presenti negli aggressori. I fattori statisticamente più rilevanti sono risultati: tratti di dipendenza affettiva, timore relativo all'abbandono, incapacità di mantenere relazioni affettive, impulsività e sentimenti di intensa rabbia (Schimmenti e V. & Craparo G., 2014). Secondo Dutton D.G. (1995) è abbastanza frequente che gli uomini violenti abbiano essi stessi subito forme di violenza diretta o assistita all'interno della propria famiglia d'origine durante l'infanzia, maturando sentimenti di impotenza, rabbia e rivendicazione.

L'OMS (2017) ha confermato alcuni fattori di rischio molto generici: il basso livello d'istruzione, l'isolamento del nucleo familiare da rapporti allargati e comunitari, l'esposizione a maltrattamenti e violenze durante l'infanzia, sia agiti che subiti, le difficoltà nella comunicazione tra partner, comportamenti atti al controllo della partner. Vengono inoltre riportate alcune caratteristiche che aumenterebbero il rischio di subire violenza da parte delle donne: sentimenti di identità personale fragile, bassa autostima, ricorrenti stati depressivi, condizioni esistenziali

stressanti, isolamento interpersonale, dipendenza affettiva ed economica dal partner, sfiducia nei confronti degli uomini.

La preponderanza di una cultura in cui le donne sono rimaste e rimangono ampiamente marginali nella sfera pubblica, nell'esercizio dell'autorità, nella produzione culturale e nell'esercizio del potere ha portato le stesse a far propria la visione maschile del mondo, adattandovisi o cercando altresì di opporvisi. È ciò che Melandri L. (2019) chiama *violenza invisibile*,⁸ in cui la vittima parla la stessa lingua dell'aggressore e a cui è sottilmente portata a sottomettersi.

1.5.1 Definizione del fenomeno dello stereotipo e del pregiudizio di genere

Le donne sono più accidentati degli uomini. Gli uomini sono più intraprendenti delle donne. Quelli appena citati sono solo alcuni esempi dei cosiddetti “luoghi comuni” tali per cui le persone ogni giorno sono indotte a produrre giudizi rapidi su persone o situazioni in maniera quasi automatica. Questa modalità di pensiero nasce dall'utilizzo di strategie che ci portano a suddividere ciò che ci circonda in categorie ben definite, al fine di permetterci una rapida elaborazione di informazioni. L'utilizzo di queste strategie di pensiero porta, molto spesso, alla creazione, quasi involontaria, di stereotipi che hanno lo scopo di semplificare pensieri e ragionamenti, rischiando tuttavia di trasformarsi in giudizi a-prioristici su eventi, situazioni o persone. Da sempre per muoverci e interagire con l'ambiente abbiamo bisogno di utilizzare strategie che garantiscano rapidità di scelta senza un dispendio eccessivo di tempo e risorse, per questo motivo il ragionamento euristico ha per l'essere umano un'utilità funzionale: agiamo e pensiamo utilizzando giudizi semplificati nella maggior parte dei momenti della nostra giornata, senza curarci troppo della loro aderenza al vero. Attraverso questi giudizi, infatti, costruiamo normalmente una

⁸ <https://comune-info.net/la-violenza-invisibile/>

prima idea delle persone che conosciamo senza analizzarle a fondo (Mosconi G., 1990). Sintetizziamo il termine “pregiudizio” come un giudizio effettuato prima di avere informazioni specifiche sulla singola persona, situazione o evento di cui lo stereotipo è la sintesi cognitiva. Seguendo questo ragionamento è possibile notare come il passaggio da un’idea preconcepita alla creazione di uno stereotipo sia breve. Esso, infatti, può essere definito come un’opinione generalizzata che non si fonda su valutazioni individualizzate ma si ripete meccanicamente nello spazio e nel tempo, di generazione in generazione, rispecchiando un immaginario appreso. Etimologicamente il termine “stereotipo” è parola di derivazione greca composta da *stereos*, ossia “duro”, “rigido” e da *typos*, ovvero “impressione”. Perciò gli stereotipi da un lato tendono a semplificare i fatti, dall’altro si propongono di rappresentare gruppi e non individui, generalizzando il giudizio a scapito della singolarità. Una volta apprese le credenze e le valutazioni condivise dal gruppo sociale di riferimento esse finiscono per essere applicate in modo acritico e resistente al cambiamento. Gli individui sono soliti, infatti, cercare e recepire nella quotidianità quasi esclusivamente le informazioni che confermano le proprie ipotesi di partenza.

Il nostro essere connotati, una volta venuti al mondo, come femmine o maschi è la prima differenza che ci contraddistingue alla quale la società, da millenni, attribuisce connotazioni, tratti caratteristici e comportamenti attesi. Il nostro essere maschi o femmine tuttavia, all’interno di una società complessa, fluida ed in cambiamento, non è dato in modo univoco, predefinito, una volta per tutte, ma ha a che fare con il continuo confrontarsi di modelli, codici culturali diversi, appartenenze mutevoli. L’utilizzo diffuso di modelli rigidi attraverso i quali connotare la femminilità e la mascolinità finisce per tradursi in vere e proprie discriminazioni che impattano significativamente sulla libertà degli individui e la loro possibilità di accedere equamente alle

risorse sociali.

Lo stereotipo di genere è da intendersi quindi come l'insieme dei meccanismi di categorizzazione ai quali ricorrono gli individui, in modo rigido, per interpretare e codificare la realtà sessuale come rappresentazione di ciò che è maschile e ciò che è femminile.

Ripercorrendo cronologicamente i contributi riguardo allo studio di tale fenomeno emerge che già negli anni '50 alcuni autori iniziarono a raccogliere credenze ed opinioni condivise attribuite rispettivamente a uomini e donne (Sheriffs A.C. e McKee J.P., 1957). È stato dimostrato (Bem S.L. 1974; Spence J.T. & Helmreich R.L.. 1978) come gli stereotipi di genere siano trasversali, nel senso che queste modalità di categorizzare i sessi venivano adottate sia dagli uomini che dalle donne per descrivere altre donne e viceversa (Ruspini E., 2003). Essi vengono assimilati in tenera età e tendono a mantenersi tendenzialmente stabili nel tempo. Ciò rende di particolare interesse educativo agire sui contenuti mediatici indirizzati ai bambini come le favole, i libri scolastici, i cartoni animati, le pubblicità, i giocattoli. Promuovere la formazione di immaginari di genere flessibili e paritetici è di cruciale importanza al fine di prevenire atteggiamenti sociali discriminatori e prevaricanti la libera espressione dei singoli individui (Alessandrini G., 2002). Le categorie associate ai sessi, infatti, non sono neutre ma tendenzialmente associate a connotazioni valoriali e gerarchie di potere che influenzano il modo in cui gli individui vivono i propri rapporti interpersonali, lavorativi, familiari e amorosi.

Ad oggi, presa coscienza di questa realtà, la Comunità Europea si è impegnata a ridurre gli stereotipi di genere penalizzanti, ossia quegli stereotipi che inducono e provocano discriminazione sociale, limitano la libertà di scelta ed autoaffermazione, fino a costituire il terreno di coltura all'interno del quale trovano spazio comportamenti violenti. Le *Linee Guida* adottate a livello nazionale e comunitario, proposte nel 2010 dalla

Comunità Europea, citano come obiettivo comune quello di “*eliminare gli stereotipi di genere nella società*”, in particolare “*nell’istruzione, nella formazione e nella cultura, nel mercato del lavoro, nei mezzi di comunicazione*”.

Altrettanta attenzione dobbiamo avere nei confronti del mondo della salute, della sanità e dei servizi sociali ove talvolta gli stessi professionisti, non sempre pienamente consapevoli delle lenti attraverso le quali osservano il mondo, finiscono per non “vedere” e non riconoscere la domanda di aiuto che giunge loro. I professionisti, nel momento in cui vengono in contatto con una storia di violenza ne divengono, in certo qual modo, “testimoni” e come tali vengono colpiti dall’impatto dissonante e doloroso che essa suscita in ciascuno. In tali circostanze può diventare più facile attutirla, non indagarla, avvalersi di più collaudati codici di lettura che, negandone la portata, impediscono quell’alleanza con la vittima essenziale a sostenerne l’emersione nel pieno riconoscimento della sua autenticità.

1.5.2 Teorie alla base del fenomeno

È ampiamente confermato dalla letteratura internazionale come la violenza sulle donne sia ormai un fenomeno diffuso e trasversale, presente in contesti socioculturali diversi e distanti tra loro, con manifestazioni complesse ma simili (Reale E., 2003). Tali studi hanno portato alla formulazione di varie teorie sul modo di manifestarsi della violenza.

La psicologa americana Leonore Walker ha elaborato il cosiddetto *Ciclo dell’Abuso*, teoria criminologica sviluppata negli anni ’70, secondo cui la violenza si sviluppa per cicli di durata e frequenza variabili. Fondamenta della relazione violenta risultano essere il controllo e la disparità di potere: quando il maltrattante inizia a percepire la perdita di controllo sulla compagna, non riuscendo a tollerare che la vittima possa sottrarsi alla relazione, accentua l’intensità dei comportamenti violenti

al fine di ristabilire un ruolo di supremazia e potere sulla vittima. Pur manifestandosi inizialmente in modo molto variabile da caso a caso, la violenza ha una sua ciclicità che tende a ripetersi. Il ciclo di violenza e le dinamiche individuate dalla Walker si susseguono in fasi ben precise e delineate, che sono di seguito riportate:

1) *Formazione del legame ed inizio della violenza*: la donna investe le proprie energie e la propria personalità al fine di garantire un rapporto di coppia stabile. Di solito non riconosce o minimizza l'inizio dell'escalation violenta e non avendone consapevolezza, non riesce ad evitarla.

2) *Legittimazione della violenza*: i maltrattamenti del partner sono percepiti dalla vittima come ammessi e giustificati. La donna si attribuisce responsabilità scatenanti che le impediscono di percepirsi esplicitamente come vittima.

3) *Violenza cronicizzata*: spesso associata al maltrattamento psicologico. Si ripetono episodi di violenza fisica e sessuale, con percosse, rapporti sessuali indesiderati e limitazioni alla libertà. La donna convive con la violenza, utilizza strategie di adattamento per affrontare la situazione e si focalizza sugli aspetti positivi della relazione. Non trova motivi o possibilità per coltivare relazioni interpersonali esterne alla coppia, non sa a chi rivolgersi, si sente sola e svalorizzata.

4) *Luna di miele e ritorno al maltrattamento*: quasi sempre gli abusi sono seguiti da periodi di "luna di miele" durante i quali la donna accetta scuse, promesse, attenzioni nella speranza di un reale cambiamento. In questa fase la donna ritira le eventuali denunce e prova senso di colpa, cercando così di impegnarsi per far funzionare il rapporto. Questo periodo è abbastanza breve (da 2 giorni a 6 mesi) dopodiché la violenza ricomincia a manifestarsi.

5) *Fine della relazione*: la donna infine può prendere coscienza della situazione in cui si trova e della possibilità di uscirne; è determinata a porre fine alla relazione, cercando aiuto e allontanando chi le chiede

di non sottrarsi al partner. Spesso l'uomo in questa fase non accetta di essere lasciato ed incrementa le azioni di controllo, violenza molestia. Può capitare di domandarsi perché le donne restino così a lungo al fianco dei propri partner che agiscono comportamenti violenti all'interno della relazione. Molti autori fanno riferimento alla *Teoria dell'Impotenza Appresa* di Seligman M.E. (1965) secondo la quale gli individui che si trovano in condizioni di coercizione, come le donne che subiscono violenze, tendono a sviluppare progressivi sentimenti di fragilità, vulnerabilità ed impotenza che rendono sempre più difficile uscire dalla relazione.

Le relazioni tra donne abusate e partner violenti durano spesso molti anni, sia perché frequentemente essi condividono gli stessi stereotipi di genere che li inducono a "normalizzare" la qualità delle proprie relazioni ma soprattutto per due aspetti che caratterizzano il "legame traumatico": la distribuzione del potere e l'intermittenza dell'abuso. Nel corso del tempo lo squilibrio di potere all'interno della relazione infatti tenderà ad accrescersi: mentre l'uomo attraverso la violenza otterrà un rinforzo positivo e svilupperà un'immagine di sé dominante ed efficace, la donna tenderà a compromettere la propria autostima ed aumentare il sentimento di vulnerabilità, dipendenza ed insicurezza. L'alternanza di episodi di violenza e fasi di riconciliazione alimenta inoltre la fantasia che il benessere relazionale sia conseguente alla propria capacità di compiacere il partner assumendo su di sé la responsabilità dei suoi agiti. Soprattutto quando le violenze sono reiterate nel tempo e agite da figure significative possiamo avere quindi esiti stabili sul sentimento di identità della vittima che ne invalidano la capacità di mettere in atto comportamenti auto protettivi. Diversi possono esserne gli effetti nel tempo:

- alterazioni nella regolazione emotiva e degli impulsi: modulazione della rabbia, pensieri suicidari, sottovalutazione delle situazioni

rischiose;

- alterazioni nella percezione di sé: senso d'inefficacia come donna e talvolta come madre, colpa, vergogna, convinzione di non poter essere capiti;
- alterazioni nell'attenzione e nella coscienza: amnesia, episodi di dissociazione e depersonalizzazione;
- somatizzazioni: disturbi gastrointestinali, dolore cronico, sintomi cardiopolmonari, di conversione, disturbi nella sfera sessuale;
- alterazioni negli schemi cognitivi di significato: disperazione e senso d'impotenza, perdita dei precedenti costrutti positivi riguardo se stessi e il mondo;
- alterazioni nelle relazioni con gli altri: incapacità di fidarsi, timore di una vittimizzazione secondaria.

Non dobbiamo dimenticare poi che le disparità di genere nella possibilità di accesso alle risorse sociali e lavorative, che ancor'oggi caratterizza le società contemporanee, rendono molto spesso le donne vulnerabili e ricattabili sul piano esistenziale ed economico nonché oggetto di minacce che coinvolgono la propria incolumità e quella dei figli.

Spesso vittima, aggressore e testimoni sociali (professionisti della salute, del sociale, degli organi giudiziari ma anche familiari e conoscenti) finiscono per condividere funzionamenti caratterizzati dalla tendenza alla negazione (“*Non è successo nulla di grave*”), alla minimizzazione (“*Si tratta di un conflitto familiare*”, “*Sono stati eventi sporadici.*”) e alla diffusione delle responsabilità (“*In fondo anche lei ha un comportamento ambiguo.*” “*Lo ha provocato.*”) che impediscono al fenomeno di essere colto nella sua portata ed alla vittima di trovare quella sponda relazionale indispensabile ad avviare un percorso di emancipazione e graduale liberazione. Questo fenomeno può produrre quella che prende il nome di *vittimizzazione secondaria*, una condizione per la quale la vittima

subisce un'ulteriore forma di violenza da parte delle istituzioni deputate a proteggerla, sostenerla e sanzionare il comportamento violento. Si tratta di forme di prevaricazione apparentemente più sottili e celate ma il cui impatto può rivelarsi devastante non solo per la singola vittima ma per l'attitudine delle donne, in generale, a non denunciare e non difendersi dagli abusi subiti per il timore delle conseguenze a lungo termine. La vittimizzazione secondaria può tradursi infatti in scelte professionali che finiscono per favorire l'autore della violenza (che solitamente si presenta più forte, coerente e padrone della situazione) e penalizzare le vittime che, proprio a seguito della lunga violenza subita, vengono giudicate incoerenti, inaffidabili, manipolative. *«I testimoni desiderano non vedere, non sentire e non parlare del male. Per sostenere l'autenticità di un evento traumatico è fondamentale un contesto sociale che protegga l'incolumità della vittima e unisca quest'ultima al testimone in una reciproca alleanza»*. Herman J.L. (2005, p. 20-21).

Per evitare che si rafforzi nella donna la credenza di essere essa stessa causa della violenza subita per come intrinsecamente “essa è”, risulta necessario che gli operatori sociali e sanitari non si focalizzino in primis sull'esigenza di “classificarla” e definirla in termini di funzionamento clinico e psicopatologico ma prioritariamente si sforzino di entrare, insieme alla donna, nell'universo traumatico fattuale, di dedicare tempo ed ascolto al riconoscimento ed alla ricostruzione degli eventi.

- Episodi, fattori di rischio;
- Responsabilità individuali di ciascuno sulle proprie azioni che escluda la giustificazione della violenza;
- Portare alla luce gli effetti della violenza sul modo in cui la donna pensa a sé stessa.

1.6 Sequele psichiche e costo socio-economico della violenza

Secondo i dati riportati dall'OMS (2013) la violenza contro le donne ha

conseguenze sulla salute delle stesse sia nel breve sia sul lungo termine e su numerosi aspetti della loro vita mentale, sessuale, riproduttiva, sociale ed economica. Nello specifico, le donne che subiscono violenza hanno il doppio della possibilità di incorrere in depressione e disturbi da stress post-traumatico e hanno l'1,5% di possibilità in più di venire contagiate da HIV. La violenza subita può essere causa di abuso di alcol, farmaci, tabacco e altre droghe, alterazioni del ciclo sonno-veglia, disturbi dell'alimentazione e stress emotivo, oltre che di lesioni fisiche e fratture e dolore cronico diffuso. L'abuso sessuale può portare a gravidanze indesiderate, aborti indotti, problemi ginecologici di varia natura anch'essi associati a problematiche di natura psicologica e traumatica. (WHO, 2013)

La violenza, oltre ad un enorme costo umano e sociale, determina anche un costo ingente per l'intero Paese, sia in termini diretti che indiretti (*Linee di indirizzo regionali Emilia-Romagna, 2013*). Tra i costi diretti rientrano le spese per l'assistenza psicologica e le cure mediche, il costo dei servizi di polizia, quelli gravanti sul sistema giudiziario e sui servizi sociali. Per quanto concerne i costi non monetari (o indiretti), vengono annoverati l'aumento degli stati patologici, della mortalità dovuta a suicidi o omicidi e disturbi depressivi di varia natura. In aggiunta le donne che subiscono violenza sono spesso costrette ad assentarsi dai luoghi di lavoro, con impatto negativo sul proprio reddito, produttività, ma più in generale sulla qualità della vita e delle relazioni.

1.7 Impatto sui bambini e violenza assistita

Per *violenza assistita* si intende ogni situazione in cui il bambino o ragazzo faccia «*esperienza di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. Il bambino può fare esperienza di tali*

atti: direttamente: quando avvengono nel suo campo percettivo o indirettamente: quando ne è a conoscenza e/o ne percepisce gli effetti». (CISMAI 2003).

La violenza di genere non ha quindi conseguenze solo sulle donne che la subiscono, ma gli effetti si ripercuotono anche sui figli: per l'OMS (WHO, 2006), assistere alla violenza domestica è da considerarsi una forma di maltrattamento psicologico con effetti destrutturanti nello sviluppo emotivo del figlio. In questo senso i bambini sono da considerarsi vittime di violenza a tutti gli effetti quando vivono in un contesto dove la violenza è agita e intacca l'incolumità psico-fisica di una figura di attaccamento. Essa si riflette immediatamente e direttamente sull'incolumità psico-fisica del bambino che tende a sperimentare quello che Herman J.L. (1997) ha definito *“il dolore degli impotenti”*.

In base ad una rilevazione Istat del 2015 la quota di violenza domestica a cui i minori sono esposti dal 2006 al 2015 è incrementata dal 60,3% al 65,2%. Nel 25% dei casi i figli sono stati anche coinvolti direttamente nella violenza (15,9% nel 2006) con rischi significativi anche sulla propria incolumità.

Per questi motivi è essenziale per gli operatori sociali e sanitari acquisire una formazione specifica, porre la dovuta attenzione nel rilevare i segnali di violenza sulle donne, distinguendo le condizioni di conflitto (caratterizzate da scontro verbale, litigio fra partner che si mantengono in una posizione di equilibrio di potere) dalle situazioni connotate da minacce, aggressioni fisiche, verbali, economiche, sessuali e mettere in atto tempestive azioni di protezione e supporto. Riassumiamo di seguito alcune raccomandazioni importanti:

- Effettuare una rilevazione precoce delle situazioni di rischio al fine di evitare danni iatrogeni;
- Discriminare con appropriatezza le condizioni di elevata conflittualità genitoriale dalle condizioni all'interno delle quali prendono forma agiti violenti,

- Rilevare una descrizione accurata dei fatti riportati dalla donna (anche tramite lo strumento della refertazione psicologica),
- Utilizzare strumenti standardizzati orientati alla valutazione del rischio di recidiva (Sara);
- Compiere una accurata osservazione dello stato psico-fisico del minore anche in assenza di informazioni dirette dei genitori in merito al suo coinvolgimento negli atti di violenza;
- In presenza di fattori di rischio attivare la rete sociale di messa in protezione.

La violenza assistita implica nel bambino un'esperienza traumatica, usualmente ripetuta e prolungata. Si tratta di una condizione di elevato stress che attiva sentimenti di impotenza, colpa, paura, rabbia e vergogna, i quali tendono, con il passare del tempo, ad impattare sui legami di attaccamento e sul sentimento di sicurezza personale. Questa forma di violenza, tuttora sottostimata e troppo spesso non adeguatamente valutata, soprattutto se reiterata e vissuta in età precoce, può determinare nel bambino l'insorgenza di segnali di disagio se non di franca sintomatologia sia di tipo internalizzato che esternalizzato: ritardo cognitivo e del linguaggio, enuresi, disturbi del sonno e dell'alimentazione, disturbi di somatizzazione, della condotta e dell'attenzione, ritiro interpersonale, disturbi d'ansia e depressivi. I vissuti traumatici, specialmente se continuativi, tendono ad assumere i connotati di "organizzatori mentali", cruciali nella costruzione di una personalità in evoluzione. È ormai ben noto infatti come la neuromodulazione cerebrale infantile venga regolata dalla percezione dei livelli di sicurezza/insicurezza nelle relazioni di attaccamento/accudimento determinando conseguenze di lunga durata sull'attivazione dei circuiti neuronali associati alle emozioni ed alle competenze di mentalizzazione (regolazione attentiva, sviluppo di competenze empatiche e di autoregolazione).

Assistere a violenze, peraltro, è stato dimostrato essere un fattore

predittivo per il rischio di adottare a propria volta comportamenti violenti perpetrando così i cicli intergenerazionali della violenza.

Madri sostenute nel loro processo di uscita dal maltrattamento significano anche bambini protetti da condizioni di violenza diretta ed indiretta e salvaguardati dallo sviluppo di modelli trans-generazionali sbilanciati ed oppressivi. Mettere in atto tutte le misure necessarie volte a intercettare la violenza di genere, valutarne l'impatto, proteggere le vittime, trattarne gli effetti ha un valore sociale di grande rilevanza che si riflette non solo sulla necessaria tutela delle donne ma sul benessere dei bambini di oggi e degli adulti di domani.

In alcuni casi potrebbe essere necessario mettere a disposizione un ricovero sociale del bambino in U.O. di Pediatria con assistenza materna per dare ai Servizi il tempo necessario a definire una più stabile messa in tutela in un contesto individuato dal Servizio Sociale Tutela Minori in rete con il Centro Antiviolenza.

Per concludere, l'assistenza complessiva implica quindi un collegamento operativo essenziale fra istituzioni diverse ed un lavoro di rete che comprenda Ospedale, Autorità Giudiziaria, Forze dell'Ordine, Servizi Sanitari Territoriali, Centri Antiviolenza e Servizio Sociale di Tutela Minori.

Tabella 1. 1

Quadro di riferimento normativo

La rilevanza di un fenomeno come la violenza di genere ha portato alla luce la necessità di sancire numerosi riferimenti normativi e provvedimenti, volti a sanzionare e a contenere questo fenomeno in costante aumento. Di seguito vengono quindi indicate alcune delle principali leggi e decreti messi in atto a più livelli (regionale, nazionale, europeo e internazionale) in tema di violenza di genere.

Provvedimenti delle istituzioni

- 1979 – Cedaw (Convenzione per l’eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne)
- 1985 – Conferenza mondiale dell’Onu sulle donne di Nairobi
- 1993 – Conferenza delle Nazioni Unite sui diritti umani di Vienna
- 1994 – IV Conferenza mondiale sulle donne-Pechino
- 1995 – OMS Prevenzione della violenza: una priorità della sanità pubblica
- 1998 – ONU Prevenzione del crimine e misure di giustizia penale per eliminare la violenza contro le donne

Legislazione europea

- 1986 – Risoluzione sulla violenza contro le donne
- 1997 – Consiglio d’Europa *Piano d’azione per combattere la violenza contro le donne*
- 1997 – Risoluzione sulla necessità di una campagna di totale intransigenza nei confronti della violenza contro le donne
- 1999 – Nuova risoluzione sulla violenza contro le donne
- 2000 – Consiglio d’Europa *Programma di azione comunitario per combattere la violenza sui bambini, i giovani e le donne*
- 2001 – Consiglio d’Europa *Salvaguardia delle donne dalle violenze*
- 2005 – Linee guida centri per il trattamento degli uomini violenti
- 2009 – Risoluzione del Parlamento europeo del 26 novembre 2009 sull’eliminazione della violenza contro le donne

- 2011 – Direttiva 2011/99/UE sugli ordini di protezione
- 2011 – Direttiva 2011/92 sull'abuso sessuale su minori
- 2011 – Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, adottata ad Istanbul l'11 maggio 2011 e ratificata dall'Italia il 27 settembre 2012

Normativa italiana

- Codice penale:
 - art. 609-bis (Violenza sessuale)
 - art. 609-ter (Circostanze aggravanti)
 - art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne)
 - art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne)
 - art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa) art. 609-septies (Querela di parte)
 - art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo)
 - art. 609-nonies (Pene accessorie ed altri effetti penali)
 - art. 609-decies (Comunicazione al tribunale per i minorenni)
 - art. 612-bis (Atti persecutori)
- 1996 – Legge 15 febbraio 1996, n. 66, *Norme contro la violenza sessuale*
- 2001 – Legge 4 aprile 2001, n. 154, *Misure contro la violenza nelle relazioni familiari*
- 2009 – Decreto legge 23 febbraio 2009, n. 11, *Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori*. Convertito in legge dalla L. 23 aprile 2009, n. 38.
- 2010 – *Piano nazionale contro la violenza di genere e lo stalking*
- 2013 – Legge 77/2013, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, sottoscritta a Istanbul l'11 maggio 2011
- 2013 – Decreto Legge n.93 del 14 agosto 2013 *Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province*
- 2013 – Protocollo ANCI - D.i.Redì collaborazione per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere

- 2017 – Decreto consiglio dei ministri novembre 2017, *Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, volto a garantire la possibilità di intraprendere un percorso per le donne che subiscono violenza, al fine di garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/ orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita.*
- 2019 - Legge 69/2019 “Modifica al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere”.

Normative regionali

Per quanto riguarda gli aspetti normativi promossi e adottati dalla regione Emilia-Romagna, di seguito vengono resi noti i più salienti capisaldi che dimostrano come la violenza di genere sia riconosciuta come un problema di salute pubblica e di tutela dei diritti umani che attraversa e coinvolge molteplici ambiti e settori. Nel 2000 viene sottoscritto un Protocollo tra Regione, Anci Emilia-Romagna, Upi Emilia-Romagna e le Associazioni del terzo settore qualificato operanti sul territorio, quali le Case delle Donne e i Centri Antiviolenza, che pone le basi per una nuova modalità di lavoro che un intervento maggiormente integrato e una più forte collaborazione delle agenzie pubbliche, sia tra loro che con il privato sociale qualificato.

Nel 2003, con la Legge Regionale n.2 per la promozione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, l'accoglienza di donne e minori vittime di violenza trova il suo ambito di realizzazione nella rete dei servizi integrati, a partire dai livelli comunali e distrettuali, includendo le case e i Centri Antiviolenza nei sistemi locali di programmazione sociale.

Più recentemente, nel 2014 è stato messo in pratica il Piano Regionale 27 giugno 2014 n. 6 *Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere*”, che dedica il titolo V a “*Indirizzi di prevenzione alla violenza di genere.*”

CAPITOLO 2

Il referto psicologico alle donne vittime di violenza su segnalazione del Pronto Soccorso

Dott.ssa Rachele Nanni, Dott.ssa Melissa Mercuriali, Dott.ssa Tiziana Iervese

La violenza di genere è caratterizzata da una serie di azioni fisiche, sessuali, di coercizione psicologica ed economica che hanno luogo all'interno di una relazione di intimità attuale o pregressa; si tratta di una serie di condotte che comportano, nel breve e nel lungo periodo, un danno sia di natura fisica che psicologica ed esistenziale per la donna. A prescindere dalla tipologia di violenza perpetrata, gli effetti portano spesso all'emersione di un disagio psicologico di varia natura, che può essere connotato da sintomi depressivi, ansia, fobie, comportamenti autolesivi, bassa autostima, difficoltà relazionali che, seppur meno evidenti rispetto alle lesioni fisiche, finiscono per determinare effetti a lungo termine sulla salute della vittima (Campbell J.C., 2002).

La violenza non lascia quindi solo segni sul corpo delle vittime. Più spesso le ferite prodotte sullo stato emotivo e relazionale di chi la subisce appaiono ben più profonde. L'effetto della violenza sulle condizioni di vita ha un impatto importante che si riflette non solo sugli stati soggettivi ma anche sulla comunità e sulla sanità pubblica; il mancato riconoscimento di queste condizioni è infatti uno dei fattori che favorisce l'elevata incidenza di esiti a lungo termine sulla salute sia delle donne che degli eventuali minori coinvolti.

Nel quadro complessivo degli interventi sanitari orientati al contrasto alla violenza di genere e all'assistenza fornita alle vittime strutturati dall'AUSL

della Romagna, si colloca il *referto psicologico*¹, parte integrante della Procedura Aziendale 109/2017 “*Linee guida per l’accoglienza e presa in carico delle vittime di maltrattamento ed abuso*” redatta da un gruppo di lavoro multi-professionale.

2.1 L’accoglienza della donna vittima di violenza in Pronto Soccorso

Secondo quanto riportato da Reale E. (2018) e riscontrato nella pratica clinica, le donne, all’arrivo in Pronto Soccorso, si trovano frequentemente in condizioni di assoggettamento, paura, ricatto e incertezza; condizioni che inducono a tacere o addirittura a dissimulare le cause dei segni di violenza subita, “raccontandole” come conseguenze incidentali. Nella maggior parte dei casi, colei che ha subito violenza giunge a questo passo dopo una lunga storia di discriminazione, sopruso, privazione di libertà personale, lesioni fisiche e psicologiche perpetrate talvolta sotto lo sguardo inquieto di figli/e minori vittime direttamente o indirettamente anch’essi di questo vissuto. Si tratta spesso di una decisione estrema, di un atto di coraggio, di un momento irripetibile di richiesta di aiuto che in nessun modo deve restare inascoltato.

Per questo motivo risulta essenziale nelle prassi operative di medici, infermieri, psicologi e di tutto il personale sanitario, acquisire buoni strumenti per il riconoscimento di situazioni di violenza in modo da poter effettuare una corretta interpretazione dei sintomi, promuovere interventi sanitari ed assistenziali adeguati e sostenere le donne nel percorso di uscita dal ciclo della violenza, come previsto dalla Convenzione di Istanbul (2011) e dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2013).

¹ Qualora non emergano, nel corso del colloquio, reati perseguibili d’ufficio il termine *referto* è più opportunamente sostituito con *refertazione* che non va intesa ai sensi dell’art.365 e art.334 C.P. ma nell’accezione clinica, ovvero quale relazione scritta dettagliata rilasciata dal professionista sanitario che abbia sottoposto un/a paziente ad esame clinico.

La realizzazione di una corretta procedura per intercettare e accogliere le vittime di violenza presso i presidi ospedalieri non può prescindere da una puntuale formazione specifica dei professionisti sanitari del Pronto Soccorso, delle Ginecologie e delle Medicine Legali che consenta di acquisire sia gli strumenti clinici e medico-legali necessari a una sistematica rilevazione e refertazione dei segni fisici e psichici sia una corretta “postura relazionale” che garantisca le condizioni interpersonali necessarie a mettere a proprio agio la vittima per favorire il “disvelamento” degli accadimenti.

Linee guida di indirizzo ed orientamento per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza sono ben declinate nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 24 novembre 2017, che ancora una volta ribadisce l’importanza del concetto di “rete” a tutela della salute psico-fisica, sociale e giuridica. Ogni attore della rete anti violenza territoriale, nel rispetto delle proprie competenze, deve agire con approccio condiviso ed integrato ad esclusivo vantaggio della donna, garantendone l’autodeterminazione sulle scelte da intraprendere.

Nell’ambito del percorso all’interno del Pronto Soccorso possono essere riconosciute alcune fasi:

1. Triage
2. Accoglienza, valutazione, accertamento clinico e strumentale e trattamento sanitario
3. Valutazione e attivazione del percorso sociale e psicologico tenendo conto degli indicatori di rischio
4. Informazione sul percorso giuridico e sua attivazione nei casi previsti
5. Dimissione protetta/ricovero

Varie possono essere le modalità di accesso della donna al Pronto Soccorso:

- Spontaneamente (sola o con prole minore)
 - Accompagnata dal 118 con o senza l'intervento delle FF.OO
 - Accompagnata dalle FF.OO
 - Accompagnata dalle operatrici dei Centri Antiviolenza
 - Accompagnata da operatori di altri Servizi pubblici o privati
 - Accompagnata da persone da identificare
 - Accompagnata dall'autore della violenza

Un'adeguata accoglienza da parte dell'infermiere di triage e da parte di tutti i sanitari che si avvicineranno, ha come obiettivo la riduzione degli allontanamenti dal percorso di cura e deve essere fondata su sincera disponibilità, non banalizzazione/drammatizzazione, assenza di qualsiasi giudizio, ascolto empatico, restituzione alla vittima del suo valore come "persona" nel rispetto della sua scelta su quanto dichiarare e cosa accettare nell'ambito delle proposte di cura sanitaria. È fondamentale mantenere un alto indice di attenzione nella lettura di segni di violenza non dichiarati e al linguaggio verbale e non verbale soprattutto nelle circostanze in cui l'autore della violenza sia presente. Dopo la fase di registrazione e di attribuzione del codice colore (rosso/arancione ai sensi del DGR 1129 del 08/07/2019) che, indipendentemente della gravità oggettiva delle lesioni ha il fine di tutelare il percorso preferenziale della donna e di agevolarne appena possibile l'ingresso in ambulatorio, la paziente verrà accompagnata in un luogo dedicato e precedentemente individuato che le garantisca protezione, sicurezza e riservatezza e faciliti l'eventuale "svelamento" del proprio vissuto. In ogni fase del percorso sarà fondamentale fornire informazioni, con linguaggio semplice e comprensibile, su quanto dovrebbe essere effettuato in modo da permettere alla vittima di rilasciare il proprio libero consenso a quanto prospettato dai sanitari; superfluo è ribadire il rispetto assoluto

della privacy e l'importanza del riferimento costante di un operatore. Il medico di Pronto Soccorso, in collaborazione con l'infermiere dell'ambulatorio, ha il compito iniziale di raccogliere in modo accurato e sensibile l'anamnesi (recente e remota) e di descrivere le circostanze dell'aggressione riportando se riferite le generalità dell'autore.

La visita medica prevede un accurato esame obiettivo con descrizione della tipologia e caratteristiche di ogni lesione attuale o pregressa e verifica di congruità con i dati anamnestici e con la dinamica riferita, completata quando possibile dalla raccolta di campioni biologici, di materiale iconografico, di tutti gli elementi probativi rilevanti per la tutela giuridica della paziente. È importante effettuare e documentare tutto quanto necessario ad appurare e tutelare lo stato di salute psico-fisica della vittima come accertamenti laboratoristici, radiologici, consulenze specialistiche, provvedimenti terapeutici generali, le terapie profilattiche nei confronti di malattie sessualmente trasmesse e l'eventuale contraccezione post-coitale nei casi di violenza sessuale. La documentazione sanitaria dovrà essere compilata ed assemblata in modo accurato ed esaustivo ed archiviata nelle modalità opportune.

La valutazione medica non può prescindere dalla descrizione e oggettivazione dello stato psicologico e dalla ricerca di indicatori di rischio di recidiva e di letalità (BRAVED: *Brief Risk Assessment for Emergency Department*) importanti nella decisione di attivare la presa in carico sociale anche in emergenza.

Al termine del percorso strettamente sanitario, prima di decidere sulla dimissione/ricovero, il medico, in qualità di Pubblico Ufficiale, è tenuto a verificare la sussistenza di reati perseguibili d'Ufficio o a querela della persona offesa e ad informarne l'interessata. Si tratta di un momento di grande rilevanza per la donna, chiamata a prendere decisioni in merito al suo futuro e per il medico che deve conoscere ed ottemperare agli obblighi di legge con il coinvolgimento di altri attori della rete.

È in questo particolare momento che, nella realtà dell'AUSL della Romagna, si inserisce l'informazione e la proposta, da parte del medico, del *referto psicologico* che rappresenta uno step fondamentale nel percorso della donna oggetto di violenza ed una importante integrazione al referto di Pronto Soccorso.

Si tratta di un colloquio, effettuato da psicologi adeguatamente formati, che si differenzia nettamente dal percorso di supporto finalizzato al trattamento della sintomatologia e alla facilitazione del processo di affrancamento dal vissuto di maltrattamento.

È una valutazione psicologica alla quale la donna maggiorenne viene indirizzata ed acconsente liberamente che prevede un colloquio circostanziato sui fatti oggetto del *referto*, una raccolta e una valutazione delle reazioni emotive e dei vissuti, del livello di rischio per la vita con indicazioni di trattamento a vario livello (psicologico, legale, assistenziale). La finalità è quella di fornire elementi specialistici a supporto del percorso medico-legale-giuridico.

L'ambito privato dove il colloquio si realizza, separato temporalmente e fisicamente dal contesto di Pronto Soccorso, ha il fine di creare le condizioni migliori per il recupero di ulteriori informazioni, per rafforzare le conoscenze sui servizi e la fiducia nei confronti della rete da parte della donna e per effettuare il raccordo con i servizi socio-sanitari territoriali. Il medico di Pronto Soccorso e il personale sanitario che passo dopo passo hanno accompagnato e presidiato il cammino della donna in emergenza, non possono pensare di aver portato a compimento il percorso senza aver preso in considerazione tutti gli aspetti della sua delicata e drammatica esperienza e aver fornito tutte le informazioni riguardo gli strumenti disponibili (psicologici, legali, giuridici e sociali) di cui la donna può avvalersi per uscire dal suo vissuto di sofferenza.

2.2 Il referto psicologico: definizione, obiettivi, implicazioni

L'AUSL della Romagna da ottobre 2017 ha redatto una procedura specifica che, ispirandosi all'esperienza realizzata dalla Dott.ssa Elvira Reale presso l'Ospedale San Paolo di Napoli, ha introdotto, come parte integrante del percorso, la valutazione approfondita dello stato psicologico della vittima di violenza. Il *referto psicologico* costituisce l'esito di un colloquio valutativo specialistico proposto alla donna dal medico del Pronto Soccorso a conclusione dell'iter diagnostico e di intervento previsto.

È fondamentale presentare alla donna la proposta in modo completo illustrandone gli elementi costitutivi. In particolare è importante specificare la libertà della donna di avvalersene o meno in coerenza con i propri vissuti ed intenzioni. Il *referto psicologico*, derivante dal colloquio con uno psicologo/psicoterapeuta, rappresenta un'opportunità di approfondimento dello stato psicologico in relazione agli eventi subiti da allegare al referto del Pronto Soccorso come ulteriore elemento utile alla tutela della donna anche in prospettiva dell'eventuale procedimento legale. Mentre si informa la donna di ogni strumento di supporto assistenziale, psicologico e di messa in protezione presente sul territorio e di cui potrà usufruire attraverso la rete dei Servizi pubblici e privati (Consultori, Centri Antiviolenza, Servizi Sociali) è rilevante chiarire che il colloquio psicologico non costituisce un puro contenimento emotivo o una presa in carico. Esso rappresenta altresì un'occasione di approfondimento clinico utile ad inquadrare lo stato mentale della vittima in un preciso momento, prossimo agli eventi traumatici, di scattare una sorta di "fotografia" di quanto la donna prova, ricorda, riferisce e sente nel momento presente; qualora ritenuto necessario, in un secondo momento, altri professionisti potranno accompagnarla e sostenerla in un percorso di uscita dalla violenza.

Dovrà inoltre essere chiarito anticipatamente che, qualora nel corso del

colloquio emergessero elementi configurabili come reati perseguibili d'ufficio, il professionista psicologo sarà tenuto, nella sua funzione di pubblico ufficiale, a segnalarli alle autorità competenti per ogni procedimento conseguente. La scelta di avvalersene costituisce quindi un'opzione con precise conseguenze giuridiche di cui è importante che la persona sia consapevole.

Infine, è utile concedere alla donna un congruo tempo di “decantazione” in merito alle proprie intenzioni. Per questo motivo il medico di PS deve raccogliere, assieme all'eventuale consenso, un numero di telefono sicuro, non accessibile all'aggressore, al quale la donna potrà essere contattata per fissare l'appuntamento entro pochi giorni. Il *referto psicologico* non avviene quindi contestualmente all'accesso al Pronto Soccorso ma entro il tempo peri-traumatico di circa una settimana. Questa temporalità risponde all'esigenza di mantenersi prossimi agli eventi acuti e al tempo stesso garantire la giusta distanza utile a recuperare un sentimento di padronanza di sé.

Un'altra funzione non trascurabile del *referto psicologico* consiste, attraverso la focalizzazione puntuale su elementi fattuali e stati mentali, nell'aiutare la vittima a porre attenzione ai fattori di rischio, alle possibili recidive e alle opportunità di protezione attivabili.

Concludendo, il *referto psicologico* non è una consulenza, né un trattamento psicologico, bensì un colloquio psico-diagnostico che, pur realizzando anche un'azione di contenimento emotivo, è orientato primariamente a produrre una descrizione precisa e circostanziata del quadro psicologico peri-traumatico a seguito dell'ultimo episodio di violenza subito dalle vittime. Si differenzia sia dal contenimento relazionale in urgenza e relazionale effettuato dagli operatori di Pronto Soccorso, sia dalla presa in carico psicologica, finalizzata al trattamento della sintomatologia da stress e a facilitare il processo di uscita dalla condizione di violenza.

2.3 Procedura di intervento

Il colloquio psicologico si svolge nel corso di un unico incontro a cui fa seguito un successivo colloquio di *follow-up* a distanza di un mese, finalizzato a confermare o rivedere insieme alla donna quanto emerso, oltre che a monitorare e rinforzare le eventuali azioni auto protettive messe in campo dalla donna avvalendosi dei diversi Servizi a disposizione. Prima di dare inizio al protocollo valutativo sarà cura dello psicologo richiamare estesamente ogni elemento informativo già espresso dal medico del Pronto Soccorso, come precedentemente illustrato, al fine di garantire alla donna la piena e consapevole adesione, che verrà espressa anche attraverso la sottoscrizione del consenso.

Il *referto psicologico* si compone di un insieme di elementi che necessariamente devono essere presenti (*Tab. 2.2. Esempio di Referto psicologico*).

Oltre ad indicare i dati anagrafici della donna, sarà fatto esplicito riferimento al referto medico prodotto dal Pronto Soccorso, alla diagnosi ed alla prognosi che compaiono sullo stesso e alle eventuali informazioni dichiarate all'ingresso in merito all'autore delle violenze.

Il *referto* deve contenere gli elementi semeiotici che rilevano, attraverso l'osservazione diretta da parte del professionista psicologo, segni di funzionamento comportamentale, cognitivo, del pensiero e dell'eloquio, indicativi di stati emotivi specifici. Di compendio all'osservazione clinica diretta vengono somministrati una serie di questionari orientati a raccogliere, in modo strutturato, alcuni vissuti comunemente frequenti nelle condizioni peri-traumatiche. I punteggi di questi strumenti validati verranno riportati all'interno del *referto*, accompagnati da idoneo commento.

Gli strumenti adottati e riportati di seguito sono visionabili nel dettaglio nella sezione *Allegati*:

- PDI – *Peritraumatic Distress Inventory* (Brunet A. et al. 2001),

questionario self-report, composto da 13 item, volto a rilevare lo stato emozionale esperito durante o in seguito ad un evento traumatico o critico vissuto recentemente. Un punteggio totale si calcola sommando i punteggi dei singoli item, se la somma risulta superiore a 15 è indicativa di una condizione di disagio acuto.

- IES – *Revised Impact of Event Scale* (Horowitz M. et all. 1979), questionario self-report composto da 15 item indicanti una lista di sensazioni, pensieri, azioni ed emozioni che possono essere esperite dalla persona in seguito a eventi stressanti della propria vita. Un punteggio compreso tra 9 e 25 è indicativo di uno stato di stress lieve, un punteggio compreso tra 26 e 43 di stress moderato, superiore a 44 di stress severo. È possibile indicare e riportare gli item che fanno riferimento ai cosiddetti sintomi “intrusivi” (item numeri: 1,4,5,6,10,11,14) e di “evitamento” (item numeri: 2,3,7,8,9,12,13,15), utili al fine di inquadrare meglio l’eventuale ipotesi sintomatologica della vittima.

- PCL – *Post traumatic Stress Disorder Checklist* (Weathers F.W. et all. 1993), questionario self-report composto da 20 item, sotto forma di domande esplicite, volte ad indagare eventuali reazioni indicative di sintomatologia post traumatica. Il punteggio totale è calcolato sommando il punteggio dei singoli item; il cut-off viene indicato dagli autori come un punteggio compreso tra 31 e 38.

- SBC – *Stalking Behaviour Checklist* (Coleman F. L., 1997), tale questionario self-report viene proposto alla donna solo nel caso in cui essa abbia dichiarato di aver subito azioni persecutorie o di molestia, prevede due sotto scale per i comportamenti violenti (1-12) e per quelli molesti (13-25) e dividendo per il numero di item. Punteggi più elevati sono indicativi di maggiori livelli di comportamenti violenti e molesti. Nel caso in cui siano presenti minori di 12 anni, a tale questionario viene associata inoltre, un breve elenco di comportamenti (costruito dall’Associazione Salute Donna) in cui lo stalker nella figura di un

ex-partner utilizza i figli per creare uno stato di ansia ed apprensione.

- *Questionario per la valutazione del rischio* (Campbell J. C., 2003) – questo strumento assume particolare rilevanza al fine di rilevare eventuali timori da parte della donna per la propria incolumità. Il questionario self report è composto da 15 fattori di rischio identificati dal gruppo di ricerca di Campbell per il femminicidio. Compaiono esplicitamente nel questionario quelli che vengono considerati i 5 principali cosiddetti fattori di “letalità” (presenza e uso di un’arma o la minaccia di utilizzo della stessa da parte dell’abusante; minacce di morte; tentativi di soffocamento o strangolamento; presenza di partner violento o costantemente geloso e costrizione a rapporti sessuali), qualora la donna ritrovasse tali fattori nella propria quotidianità ciò verrà accuratamente riportato sul *referto*.

Per la valutazione dello stato di rischio sarà utile indicare sia il punteggio complessivo che i singoli item significativi. A questo proposito è importante tenere presente ed evidenziare nel resoconto valutativo alcune condizioni associate ad elevato rischio: escalation della violenza nel corso del tempo; gelosia espressa attraverso modalità coercitive, controllo e limitazioni della libertà personale; precedenti aggressioni refertate; aggressioni davanti a terzi ed a minorenni; atti di violenza in gravidanza; uso abituale, da parte dell’aggressore, di droghe e di alcool; precedenti penali per violenza e/o aver disatteso ordinanze di allontanamento da parte dell’aggressore.

- SARA – *Spousal Assault Risk Assessment* (Baldry A., 2010), questionario self-report per la valutazione del rischio di recidiva nei casi di violenza interpersonale fra partner, dove la donna è vittima di violenza.

Successivamente alla trasposizione degli esiti dei questionari somministrati, sarà cura dello psicologo riportare, utilizzando necessariamente il discorso diretto, le parole utilizzate dalla donna per descrivere gli aspetti salienti

dell'evento traumatico e le circostanze dei fatti di violenza subita. In seguito, alla donna verrà esplicitamente chiesto, qualora non fosse emerso dal racconto, se fossero presenti eventuali minori testimoni (Rif. 1714/2010 del Consiglio d'Europa) e se essi fossero stati, a loro volta, vittime di violenza o coinvolti in episodi simili precedentemente.

In base a quanto emerso e con particolare attenzione alla presenza di fattori di rischio e di stati emotivi connessi alla paura per la propria incolumità, lo psicologo procederà illustrando alla donna gli eventuali supporti e servizi utili alla propria sicurezza e all'accompagnamento verso un processo di cambiamento e di uscita dalla spirale della violenza, previsti dalla rete dei Servizi territoriali e privati. Frequentemente viene consigliato alla donna di rivolgersi al centro antiviolenza più vicino alla propria residenza per usufruire di supporto e sostegno, messa in sicurezza e prevenzione. Potrà essere consigliato alla stessa di intraprendere un percorso di sostegno psicologico presso il Consultorio familiare di riferimento e in questo caso verrà fornito un recapito telefonico. Potrebbe essere necessario programmare una visita psicologica per eventuali minori coinvolti, facendo riferimento al Servizio di Neuropsichiatria Infantile. Lo psicologo procederà a fornire alla donna ogni riferimento utile e, solo nel caso di sua richiesta esplicita e consenso, contatterà le strutture per favorire e avviare il contatto.

Verrà fissato il successivo incontro di *follow up* al fine di sondare, a distanza di un mese, eventuali mutamenti nella condizione della donna. Nel caso in cui siano coinvolti minori, lo psicologo avrà cura di contattare i Servizi Sociali, nonché di procedere con contatto diretto e segnalazione alle Forze dell'ordine e al Tribunale dei Minori. Il *referto psicologico*, congiuntamente al referto di Pronto Soccorso, verrà infine inviato alla Procura.

L'articolo 13 del Codice Deontologico obbliga il professionista psicologo

a procedere con refertazione e denuncia, derogando totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza “...*qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.*”

Ciò è coerente con quanto previsto dall’articolo 334 Codice di Procedura Penale che obbliga, in presenza di notizie di reato, i professionisti sanitari a produrre e far pervenire, entro 48 ore, alle autorità competenti (Pubblico Ministero o a qualsiasi ufficiale di Polizia Giudiziaria) le refertazioni degli atti pertinenti.

“Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell’intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare”.

Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al *referto* con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto (art. 334 c.p.p.)

In considerazione delle dinamiche e delle modalità in cui può evolvere ciascun colloquio, la sequenza delle rilevazioni riportate nel *Fac simile* e che producono il *referto* finale, può procedere attraverso un diverso ordine che, tuttavia, contempla ogni elemento previsto.

Il documento prodotto a fine refertazione verrà letto insieme alla donna che, nel caso in cui ne condivide i contenuti, procederà alla sottoscrizione unitamente allo psicologo. Una copia verrà consegnata alla donna e una archiviata dal professionista. Infine, verrà programmato un successivo appuntamento per il *follow up* al fine di sondare a distanza di circa un mese, eventuali mutamenti della condizione della donna, come annotato sul *referto* stesso.

FAC SIMILE DI REFERTO PSICOLOGICO
REFERTO PSICOLOGICO di:

INTEGRAZIONE DEL REFERTO MEDICO N. _____ DEL _____

(allegato)

art. 334 c.p.p.: *“Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; fornisce inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare”.*

Qualora non emergano nel corso del colloquio reati perseguibili d'ufficio il termine referto è più opportunamente sostituito con refertazione che non va intesa ai sensi del art.365 e art.334 C.P. ma nell'accezione clinica, ovvero quale relazione scritta dettagliata rilasciata dal professionista sanitario che abbia sottoposto un paziente ad esame clinico.

<i>Data e luogo dell'intervento</i>	La signora _____ si presenta all'osservazione psicologica su invio del Pronto Soccorso in data _____
<i>Dati anagrafici</i>	Cognome e Nome _____ C.F. _____ Data e luogo di nascita _____ Stato civile _____ Scolarità Professione _____ Residenza _____ Tel. personale _____ Numero figli ____ di cui minori _____
<i>Rif. Referto medico</i>	Referto N. _____ del _____ Diagnosi medica _____ Prognosi _____
<i>Dati autore dell'aggressione</i>	La paziente riferisce <input type="checkbox"/> non riferisce <input type="checkbox"/> l'identità dell'autore dei comportamenti violenti. Se si tratta di ex coniuge, convivente, compagno, conoscente, indicare: Nome e cognome: _____ Data di nascita: _____ Tipologia di legame con la vittima: _____ Abitudini riferite: _____
<i>Osservazione dello stato emotivo cognitivo comportamentale della donna</i>	All'osservazione psicologica la paziente presenta: _____ _____

<p><i>Questionari somministrati</i></p>	<p>Alla paziente <input type="checkbox"/> vengono <input type="checkbox"/> non vengono somministrati i seguenti questionari per la rilevazione della reazione allo stress in risposta agli specifici eventi riferiti di maltrattamento e violenza:</p> <p><input type="checkbox"/> PDI (Peri Traumatic Distress Inventory, Brunet et al. 2001) che rileva un punteggio di ___/52, indice di disagio significativo (se il punteggio risultasse compreso tra 15 e 27); molto significativo (se tra 28 a 39); estremamente significativo (se tra 40 e 52), percepito durante o immediatamente dopo l'evento traumatico.</p> <p><input type="checkbox"/> IES (Revised Impact Of Event Scale, Horowitz et al., 1979) che rileva un punteggio di ___ (cut-off 9), indice della presenza di sintomatologia post-traumatica lieve (9-25) / moderata (26-43) / severa (\geq 44), con un punteggio di ___ per la sottoscala Sintomi Intrusivi e di ___ per i Sintomi di Evitamento.</p> <p><input type="checkbox"/> PCL (Post Traumatic Stress Disorder Checklist, Weathers et al., 1991) che rileva un punteggio di ___ /85, indice della presenza di sintomatologia post-traumatica da stress di entità moderata/rilevante (se $>$50).</p> <p><input type="checkbox"/> Stalking Behavior Checklist (Coleman, 1997) che rivela un punteggio totale di ___/6, (___ /6 sottoscala Comportamenti Violenti e ___/6 sottoscala Comportamenti Molesti, con presenza di comportamenti che coinvolgono i figli minori)</p>
<p><i>Presenza di timori ed indicatori di rischio per la vita (J. Campbell, 1995)</i></p>	<p>Questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell, 1995) La pz. riferisce moderati/elevati timori per la vita e l'integrità psico-fisica personale come rilevato dal questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell, 1995), dal quale si evidenzia la presenza di N. ___ indicatori di rischio su 15. Emergono, inoltre, N. _____ dei principali fattori di letalità:</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza e uso di un'arma o minaccia con l'uso di un'arma <input type="checkbox"/> Minacce di morte <input type="checkbox"/> Tentativi di strangolamento o soffocamento (mani alla gola) <input type="checkbox"/> Partner violento e costantemente geloso <input type="checkbox"/> Costrizione a rapporti sessuali</p> <p>Una condizione di rischio particolare è determinata dal fatto che la donna ha comunicato al partner di voler cessare la convivenza. La donna mostra: <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave stato di paura personale.</p> <p>Altri indicatori di rischio emersi sono:</p> <p><input type="checkbox"/> Escalation della violenza <input type="checkbox"/> Gelosia infondata o incoerente <input type="checkbox"/> Controllo e limitazioni <input type="checkbox"/> Precedenti aggressioni refertate <input type="checkbox"/> Aggressioni davanti a terzi e minori <input type="checkbox"/> Violenza in gravidanza <input type="checkbox"/> Il soggetto abusante fa uso abituale di droghe e di alcool <input type="checkbox"/> Il soggetto abusante ha precedenti penali per violenza e/o ha disatteso ordini di protezione</p> <p>Altro _____</p>

<p><i>Descrizione dell'evento traumatico e delle circostanze dei fatti oggetto del referto con raccolta del riferito e del vissuto da parte della vittima</i></p>	<p>La donna riferisce:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><i>Analisi di contesto e anamnesi di eventuali eventi traumatici precedenti al fatto in oggetto e connessi a episodi di violenza</i></p>	<p>La donna riferisce:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><i>Presenza di minori</i></p>	<p>La donna riferisce la presenza di minori testimoni di violenza (Ris. 1714/2010 del Consiglio di Europa) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Che hanno a loro volta subito violenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Sono stati presenti durante episodi precedenti di violenza: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p><i>Valutazione sintomatologica</i></p>	<p>La condizione della donna, a seguito della visita psicologica effettuata tramite l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti oggetto del referto e la somministrazione dei questionari, è compatibile con:</p> <p><input type="checkbox"/> Sintomatologia da Stress Acuto <input type="checkbox"/> Sintomatologia da Stress Post-Traumatico con prevalenza di sintomi</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Disturbo d'ansia reattivo all'evento traumatico <input type="checkbox"/> Altro</p> <hr/> <hr/>

<p><i>Tipologia di violenza riferita e riscontrata</i></p>	<p>Lo stato psichico riscontrato è coerente con l'evento/gli eventi stressante/i riferito/i, ovvero:</p> <p><input type="checkbox"/> Violenza domestica <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> Fisica, <input type="checkbox"/> Imposizione a rapporti/ Sessuale, <input type="checkbox"/> Psicologica/Verbale, <input type="checkbox"/> Economica) <input type="checkbox"/> Violenza sessuale <input type="checkbox"/> Stalking <input type="checkbox"/> Minacce (di morte, di distruzione personale e di altri) <input type="checkbox"/> Altro _____</p>
<p><i>Indicazioni di trattamento</i></p>	<p>Si consiglia una successiva visita psicologica di <i>follow up</i> a distanza di un mese dalla corrente data per valutare l'evoluzione dello stato psichico attuale e si concorda appuntamento presso il Servizio scrivente, in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si consiglia sostegno psicologico presso _____ di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si consiglia la visita psicologica del/i minore/i per gli esiti del maltrattamento assistito presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici _____ e tramite i Servizi Sociali di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si consigliano misure di cautela e prevenzione del rischio _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p>
<p><i>Invii e Segnalazioni (ai sensi dell'art. 334 ccp)</i></p>	<p>Si effettuano le seguenti azioni necessarie alla tutela/messa in sicurezza dell'interessata:</p> <p><input type="checkbox"/> Contatto diretto con il Centro Antiviolenza del Comune di _____</p> <p><input type="checkbox"/> Contatto diretto e intervento delle FFOO</p> <p>Inoltre, con il consenso dell'interessata:</p> <p><input type="checkbox"/> Si informa/invia al medico curante 334 ccp)</p> <p><input type="checkbox"/> Si invia ai servizi territoriali sociosanitari per la successiva presa in carico</p> <p><input type="checkbox"/> Si inviano per competenza gli eventuali provvedimenti di tutela alla Procura presso il Tribunale di _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si inviano per competenza gli eventuali provvedimenti di tutela alla Procura presso il tribunale dei minori di _____</p>
<p><i>Nota bene:</i> Il presente referto psicologico si riferisce ad un'unica prestazione standardizzata di osservazione delle reazioni traumatiche da stress conseguenti ad eventi minacciosi per l'integrità psico-fisica personale e di altri.</p> <p>Luogo e data _____ Firma utente _____ Firma psicologo _____</p>	

CAPITOLO 3

Casi Clinici

*Dott.ssa Melissa Mercuriali, Dott.ssa Antonella Liverani,
Dott.ssa Cristina Dragoni, Dott.ssa Antonietta Bastoni,
Dott.ssa Alessandra Montesi, Dott.ssa Samantha Nucci*

3.1 Paola

Paola ha circa quarant'anni, un figlio di sette anni e una figlia maggiorenne, coniugata, che da poco ha cessato i rapporti con il padre. La signora è sposata con Saverio al quale è legata sin dall'adolescenza e lavora nella stessa azienda manifatturiera in cui è impiegato anche il marito. Un pomeriggio, mentre si trova al lavoro, lui le telefona minacciandola violentemente. Paola manifesta dei sintomi di panico che costringe le colleghe a chiamare il Pronto Soccorso a cui viene condotta in ambulanza. All'interno del contesto ospedaliero Paola si sente protetta e rivela al personale medico una condizione di soprusi che perdura da anni. Il referto medico del Pronto Soccorso indica una prognosi di sette giorni per *“episodio di panico e soffusioni ematiche al collo da tentativo di soffocamento in riferito maltrattamento reiterato nel tempo”*.

I professionisti del Pronto Soccorso propongono a Paola la possibilità di essere assistita dal Centro Antiviolenza della propria città che può garantire a lei e al figlio minore un luogo sicuro e accompagnarli in un percorso di uscita dalla violenza. In questo contesto viene anche proposto di avvalersi del referto psicologico come strumento orientato a rappresentare in modo più accurato e puntuale ciò che le è avvenuto. Paola si presenta al colloquio cinque giorni dopo l'accesso al Pronto Soccorso accompagnata da un'operatrice del Centro Antiviolenza e

palesa immediatamente il suo stato emotivo carico di angoscia e paura; l'eloquio è frammentato dal pianto, a tratti torrenziale ma si mantiene comprensibile e lineare. Descrive una lunga relazione affettiva con un uomo di cui era innamorata dall'adolescenza ma che è andata gradualmente connotandosi da manifestazioni sempre più frequenti di violenza, gelosia e costrizione. In particolare, dopo la nascita dei figli, il coniuge ha assunto un atteggiamento maggiormente controllante. Paola non possiede né la patente di guida né il cellulare perché Saverio le ha impedito in questi anni di entrare in contatto con persone che non appartenessero al loro gruppo familiare, limitando la sua libertà. Saverio gestisce quasi tutte le spese domestiche e familiari lasciando a lei scarsa autonomia sul conto corrente condiviso. Paola fin ora ha scelto di non reagire perché si è sempre sentita molto legata a Saverio il quale, nei momenti di riconciliazione, sa essere anche tenero e premuroso. Inoltre era certa che le famiglie di entrambi non l'avrebbero sostenuta poiché sono sempre stati considerati una coppia unita. Nel corso del colloquio psicologico, ogni volta che ricorda gli episodi di violenza s'irrigidisce, abbassa il tono della voce, spesso piange.

“Quella notte in cui mio marito ha tentato di soffocarmi, prendendomi per il collo e facendomi sporgere dal balcone del nostro appartamento al terzo piano, Pietro urlava di lasciarmi stare...”. O ancora: “...mi obbligava ad avere rapporti sessuali. Se non ne avevo voglia o mi trovava distante insinuava che avessi altri uomini e diventava violento...”.

Paola riporta i numerosi sintomi fisici che, come spesso accade in queste situazioni, si associano agli stati emotivi di angoscia e paura: ha spesso mal di testa, mal di stomaco, senso d'inappetenza, insonnia, tremori e tachicardia. La donna esprime il forte timore che, pur accettando la residenza nella Casa-Rifugio, il marito possa trovare lei e il figlio e mettere in atto le minacce di morte di cui è stata frequentemente oggetto. Saverio, infatti, detiene alcune armi da fuoco che *“...dovevano essere sempre cariche e pronte all'uso”*. Al termine del colloquio libero

orientato, come da procedura, le sono stati somministrati i questionari da cui viene confermato ciò che era già precedentemente emerso:

Il PDI – *Peritraumatic Distress Inventory* (Brunet A. et al. 2001), ha rilevato un punteggio di 40/52, indice di disagio estremamente significativo percepito durante o immediatamente dopo l’evento traumatico;

il PLC – *Post-traumatic Stress Disorder Checklist* (Weathers F. W. et al. 1991), ha rilevato un punteggio di 52/85, indice della presenza di sintomatologia post-traumatica da stress di entità rilevante.

Infine, il *Questionario per la Valutazione del Rischio di Campbell* (Campbell J. C., 1995) ha evidenziato la presenza di 10 indicatori di rischio elevato per la vita e integrità psicofisica della donna, nonché 5 dei principali fattori di letalità (presenza e uso di un’arma e minaccia con l’uso della stessa, minacce di morte, tentativi di strangolamento o soffocamento, partner violento e costantemente geloso, costrizione a rapporti sessuali). Ciò che emerge dal racconto di Paola è un’esperienza permeata da diverse tipologie di violenza: fisica, sessuale, psicologica, verbale ed economica, caratterizzata da minacce di morte, di distruzione personale e familiare, di violenza reiterata ed assistita. Alla luce della procedibilità d’ufficio dei reati riportati, sono state effettuate le opportune segnalazioni alla Procura della Repubblica e al Tribunale dei Minori. Al follow-up, svoltosi circa un mese dopo il primo incontro, Paola appariva più tranquilla grazie alla residenza nella Casa Rifugio, al supporto delle operatrici del Centro Antiviolenza e al definitivo allontanamento dal marito. Allo stesso tempo, tuttavia, dall’osservazione clinica, in Paola era ancora nitidamente presente un vissuto di forte angoscia che, come spesso accade a molte donne vittime di violenza, non le permetteva di proiettarsi nel futuro. La donna si preoccupava degli aspetti di carattere economico, della quotidianità, di perdere il lavoro e del rischio di poter incontrare Saverio all’uscita da scuola del figlio.

“In questo periodo non ho né visto né sentito mio marito, mi sento quindi un po’ più sicura, ma temo che lui stia architettando qualcosa, un piano,

conoscendolo... il suo silenzio è strano, ho paura di riavvicinarmi a casa, ho paura per quando ritornerò a lavoro, perché se ci sarà anche lui, io sarò costretta a cambiare lavoro, sa dove trovarmi e io non voglio morire”.

Paola ebbe modo di giovare della normativa che permette alle donne vittime di violenza di congedarsi per un periodo limitato dal lavoro pur mantenendo il proprio posto; ciò le permise di usufruire del tempo sufficiente per cercare una nuova occupazione. Durante il colloquio di follow-up, come da prassi, sono stati nuovamente somministrati i questionari di cui sopra, al fine di evidenziare eventuali cambiamenti. Il risultato maggiormente significativo venne rilevato dalla somministrazione del questionario PLC – *Post-traumatic Stress Disorder Checklist* (Weathers F. W. et al. 1991), che mise in luce un aggravamento della sintomatologia Postraumatica, coerentemente con lo stato emotivo e il mutamento dei pensieri e delle preoccupazioni di Paola. Vennero nuovamente effettuate le opportune segnalazioni alla Procura e al Tribunale dei Minori non perché si fossero verificati ulteriori episodi di violenza nell’ultimo mese, bensì perché la condizione di Paola, in apparenza migliorata sul piano delle scelte auto protettive, risultava psicologicamente molto compromessa. La comparsa di incubi, immagini intrusive di violenza, emozioni persistentemente negative, vissuti di allarme e agitazione, confermarono la necessità di tutelare la donna anche attraverso un percorso di supporto psicologico orientato al trattamento dell’esperienza traumatica. Sono stati quindi attivati interventi di supporto psicologico per Paola, presso il Consultorio Familiare, e per il figlio presso un collega della Neuropsichiatria Infantile. Nel frattempo Paola e il figlio hanno continuato a vivere all’interno della Casa-Rifugio.

Per rendere maggiormente esplicativo e chiaro il procedimento di cui si compone la refertazione, viene riportato di seguito un fac-simile del documento di refertazione di Paola.

FAC SIMILE MODELLO DI REFERTAZIONE

REFERTO PSICOLOGICO di: PAOLA V.

INTEGRAZIONE DEL REFERTO MEDICO N. XXX DEL XX/YY/ZZZZ (allegato)

art. 334 c.p.p.: *“Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell’intervento; fornisce inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare”.*

<i>Data e luogo dell’intervento</i>	La signora PAOLA V. si presenta all’osservazione psicologica su invio del Pronto Soccorso in data XX/YY/ZZZZ
<i>Dati anagrafici</i>	Cognome e Nome V. PAOLA C.F. XXXXXXXXXXXXXXXX Data e luogo di nascita XX/YY/ZZZZ – PALERMO (PA) Stato civile CONIUGATA Scolarità LICENZA MEDIA Professione SEGRETARIA Residenza VIA XXXXX, X Tel. Personale 335 XXXXXXXXX Numero figli 2 di cui minori 1 (anni 7)
<i>Rif. Referto medico</i>	Referto N. XXXXXXXXXXXXX del XX/YY/ZZZZ Diagnosi medica SOFFFUSIONI EMATICHE AL COLLO DA RIFERITO TENTATIVO DI SOFFOCAMENTO IN RIFERITO MALTRATTAMENTO REITERATO NEL TEMPO Prognosi GG. CLINICI 7
<i>Dati autore dell’aggressione</i>	La paziente riferisce l’identità dell’autore dei comportamenti violenti. Nome e cognome: SAVERIO C. Luogo e data di nascita: PALERMO (PA), XX/YY/ZZZZ Tipologia di legame con la vittima: CONIUGE
<i>Osservazione dello stato emotivo cognitivo comportamentale della donna</i>	All’osservazione psicologica la paziente presenta: <i>E’ evidente un intenso stato di ansia e agitazione con forti vissuti di angoscia e preoccupazione per le possibili ritorsioni da parte del marito, dal momento che la donna sta intraprendendo azioni volte a tutelare se stessa e il proprio figlio minore. La signora, infatti, è ora accolta in protezione in una Casa Rifugio del Centro Antiviolenza, insieme al figlio. Teme il marito possa pedinare la figlia maggiorenne, con la quale non intrattiene rapporti, al fine di poter individuare il luogo dove sono in protezione lei ed il bambino. La signora non possiede un telefono cellulare personale in quanto il marito se ne è appropriato e le ha poi proibito di possederne uno, ad oggi il Centro Antiviolenza le ha dato un dotazioni</i>

<p>Osservazione dello stato emotivo cognitivo comportamentale della donna</p>	<p>un numero di telefono del quale il marito non è a conoscenza, in modo tale da non poterla rintracciare. La donna riporta sintomi somatici quali mal di testa, mal di stomaco, vomito, inappetenza, insonnia, tremori e tachicardia, perdita di capelli, oppressione al petto.</p> <p>All'osservazione clinica la Sig.ra appare orientata nel tempo e nello spazio. Il flusso dell'eloquio è a tratti torrenziale ed in altri momenti incerto, intervallato da scoppi di pianto. Si mantiene tuttavia comprensibile e lineare nella ricostruzione degli eventi. Lo stato emotivo è caratterizzato da manifestazioni di angoscia, segnali non verbali di agitazione e tremori. Riporta la paura di non potersi liberare dalla situazione e che la decisione di confidarsi porterà con sé inevitabili ritorsioni da parte del coniuge con rischio della sua stessa vita.</p>
<p>Questionari amministrativi</p>	<p>Alla paziente vengono somministrati i seguenti questionari per la rilevazione della reazione allo stress relativamente agli specifici eventi riferiti di maltrattamento e violenza:</p> <p><input type="checkbox"/> PDI (Peritraumatic Distress Inventory, Brunet A. et al. 2001) che rileva un punteggio di 40/52, indice di disagio estremamente significativo percepito immediatamente dopo l'evento traumatico.</p> <p><input type="checkbox"/> PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, Weathers F. W. et al., 1991) che rileva un punteggio di 52/85, indice della presenza di sintomatologia post traumatica da stress di entità rilevante. Stalking-Behavior Checklist, Coleman F. L. (1997) che rivela un punteggio totale di ____ /6 (____ /6 sottoscala Comportamenti Violenti e ____ /6 sottoscala Comportamenti Molesti, con presenza di comportamenti che coinvolgono i figli minori)</p>
<p>Presenza di timori ed indicatori di rischio per la vita (J. Campbell, 1995)</p>	<p>Viene inoltre somministrato il Questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell J. C., 1995).</p> <p>La paziente riferisce elevati timori per la vita e l'integrità psico-fisica personale come rilevato dal questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell, 1995), dal quale si evidenzia la presenza di N. 10 indicatori di rischio su 15. Emergono, inoltre, N. 5 dei principali fattori di letalità:</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza e uso di un'arma o minaccia con l'uso di un'arma</p> <p><input type="checkbox"/> Minacce di morte</p> <p><input type="checkbox"/> Tentativi di strangolamento o soffocamento (mani alla gola)</p> <p><input type="checkbox"/> Partner violento e costantemente geloso</p> <p><input type="checkbox"/> Costrizione a rapporti sessuali</p> <p>La donna mostra un grave stato di paura personale.</p> <p>Altri indicatori di rischio emersi sono:</p> <p><input type="checkbox"/> Escalation della violenza <input type="checkbox"/> Gelosia infondata o incoerente</p> <p><input type="checkbox"/> Controllo e limitazioni <input type="checkbox"/> Aggressioni davanti a terzi e minori</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza in casa di armi cariche che il marito utilizzava per minacciare la donna e ricattarla.</p>

<p><i>Descrizione dell'evento traumatico e delle circostanze dei fatti oggetti del referto con raccolta del riferito e del vissuto da parte della vittima</i></p>	<p>La donna riferisce: <i>“Sono stata portata in Pronto Soccorso perché ho avuto una crisi di ansia davanti alle mie colleghe di lavoro poiché mio marito, per l'ennesima volta, mi ha telefonato sul luogo del lavoro, per controllare che effettivamente fossi a lavoro e per minacciarmi dell'intenzione di venire lì con cattive intenzioni... mi sono spaventata e mi sono sentita male, così le mie colleghe hanno chiamato l'ambulanza e mi hanno portato in Pronto Soccorso e lì mi hanno accolta e mi hanno fatto parlare e sono emotivamente esplosa, raccontando tutta la situazione con mio marito. L'ultimo episodio di violenza è quello del XX/YY/ZZZZ nel quale, per una banalità, mio marito ha tentato di soffocarsi davanti a mio figlio minorenne, che si è messo a urlare per lo spavento e a chiedere implorando al padre di lasciarmi stare...”</i></p>
<p><i>Analisi di contesto e anamnesi di eventuali eventi traumatici precedenti al fatto in oggetti e connessi a episodi di violenza</i></p>	<p>La donna riferisce: <i>“Gli episodi di violenza si susseguono da quando eravamo fidanzati: sono 25 anni... Diverse volte ho avuto paura di morire, ma sono restata con mio marito per i bambini e perché pensavo che lui potesse cambiare. Molte volte mi ha costretto ad avere rapporti sessuali. Se mi rifiutavo iniziava a insinuare che fosse perché avevo altri uomini e io per farlo stare calmo facevo sì che lui fosse soddisfatto perché temevo che si innervosisse e mi picchiasse.... in casa poi ci son sempre stati due fucili e una pistola, di cui un fucile sempre carico. Mio marito quando si arrabbiava mi diceva che le armi erano cariche, che le avrebbe usate senza pensarci due volte, tutto ciò per spaventarmi e ci riusciva. Io ho sempre lavorato ma avevamo un conto in comune che ha sempre gestito lui. Faceva quasi sempre la spesa lui, andava in farmacia, in posta, in banca... non ho nemmeno la patente perché lui non ha mai voluto che la prendessi.”</i></p>
<p><i>Presenza di minori</i></p>	<p>La donna riferisce la presenza di minori testimoni di violenza (Ris. 1714/2010 del Consiglio di Europa). Che hanno a loro volta subito violenza: NO Sono stati presenti durante episodi precedenti di violenza: SI</p>
<p><i>Valutazione sinomatologica</i></p>	<p>La condizione della donna, a seguito della visita psicologica effettuata tramite l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti oggetto del referto e la rilevazione data dalla somministrazione dei questionari, è compatibile con: <i>Sintomatologia Post Traumatica da Stress, con prevalenza di sintomi intrusivi, alterazioni negative di pensieri e di emozioni e persistenti vissuti di allarme e agitazione.</i></p>

<p><i>Tipologia di violenza riferita e riscontrata</i></p>	<p>Lo stato psichico riscontrato è coerente con l'evento/gli eventi stressante/i riferito/i, ovvero:</p> <p><input type="checkbox"/> Violenza domestica (Fisica, Sessuale, Psicologica e Verbale, Economica)</p> <p><input type="checkbox"/> Violenza sessuale</p> <p><input type="checkbox"/> Minacce (di morte, di distruzione personale e nei confronti dei parenti di lei)</p>
<p><i>Indicazioni di trattamento</i></p>	<p>Si consiglia una successiva visita psicologica di <i>follow up</i> a distanza di un mese dalla corrente data per valutare l'evoluzione dello stato psichico attuale e si concorda appuntamento presso il Servizio scrivente, in data XX/YY/ZZZZ.</p> <p>Si consiglia sostegno psicologico presso il Consultorio Familiare di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici: XXXX XXXXX</p> <p>Si consiglia la visita psicologica del minore per gli esiti del maltrattamento assistito presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici XXXX XXXXX e tramite i Servizi Sociali di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici XXXX XXXXX.</p>
<p><i>Invi e segnalazioni (art. 334 ccp)</i></p>	<p>Si effettuano le seguenti azioni necessarie alla tutela/messa in sicurezza dell'interessata:</p> <p><input type="checkbox"/> Si informa il medico curante</p> <p><input type="checkbox"/> Si invia ai servizi territoriali socio-sanitari per la successiva presa in carico</p> <p><input type="checkbox"/> Si inviano per competenza gli eventuali provvedimenti di tutela alla Procura presso il Tribunale</p> <p><input type="checkbox"/> Si invia per competenza alla Procura Minorile presso il Tribunale dei Minori per il reato di violenza assistita.</p>
<p><i>Nota bene:</i> Il presente referto psicologico si riferisce ad un'unica prestazione standardizzata di osservazione delle reazioni traumatiche da stress conseguenti ad eventi minacciosi per l'integrità psico-fisica personale e di altri.</p> <p>Luogo e data _____ Firma utente _____</p> <p style="text-align: right;">Firma psicologo _____</p>	

3.2 Carla

Carla giunge alla nostra attenzione a distanza di una settimana da un episodio di “stupro ad opera di sconosciuti”.

Ancora molto scossa, impaurita e sofferente, occorre prestare la massima attenzione all'accoglienza e al contenimento emotivo di cui evidentemente necessita. Tuttavia Carla appare estremamente motivata a prendere parte al colloquio psicologico, pur esprimendo rammarico all'idea che i propri aggressori potrebbero non essere mai rintracciati. Racconta che, nonostante abbia già ripercorso i fatti più volte con gli inquirenti per le indagini in corso, non riesce a ricordare tutti gli eventi. Carla piange, si sente in colpa, prova rabbia, paura e senso d'impotenza. È importante tranquillizzarla e contenere il sentimento di angoscia che prova, spiegandole come i vuoti di memoria siano uno dei sintomi più frequentemente correlati all'esperienza traumatica e che, a così pochi giorni di distanza dall'evento, sia totalmente coerente non ricordare tutta la sequenza degli avvenimenti; i ricordi infatti potrebbero emergere nei giorni successivi e il racconto agli inquirenti potrà essere integrato mano a mano che si ristabilirà emotivamente.

Prima di iniziare la stesura del Referto, a cui Carla ha acconsentito, le si anticipa che non sarà facile ripercorrere quei momenti ma sarà necessario farlo. In questa fase è fondamentale osservare e rilevare in primis lo stato emotivo per poi procedere con la somministrazione dei questionari e con il racconto di eventuali episodi pregressi. Infine, tenendo in considerazione i rischi rilevabili, le si descrivono gli interventi di rete attivabili, al fine di sostenerla e accompagnarla nel percorso di fuoriuscita dalla violenza.

Il racconto di Carla è “forte” e, come spesso accade, ha un impatto emotivo anche sullo psicologo o sugli operatori che si trovano ad ascoltare storie di donne vittime di violenza. Durante il racconto è difficile non pensare: *“potrebbe capitare anche a me... a mia figlia...”*.

Il racconto di Carla è sufficientemente preciso, nonostante siano presenti alcuni passaggi di cui non ha ricordi. Tra le lacrime e con fatica rievoca i momenti immediatamente precedenti l'aggressione e descrive il luogo in cui è avvenuta. Niente le ha fatto presagire quanto stava per accadere e si è trovata del tutto indifesa e smarrita, incapace di qualunque reazione. Di quel momento restano dei vaghi aspetti sensoriali (un odore, una voce...), l'insopportabile vissuto di costrizione e sopraffazione e la totale impotenza. Un dolore profondo nel corpo e nella mente, così grande da non poter essere sopportato. Non appena i suoi aggressori fuggono, Carla vomita e si accascia a terra, svuotata.

Dal momento dello stupro a quello della refertazione Carla ha vissuto in uno stato di continua paura: di rimanere a casa, di stare sola o di ripercorrere il luogo dell'aggressione; è riuscita a uscire dalla propria abitazione solo accompagnata e comunque evitando i luoghi frequentati abitualmente.

Seppure in generale emerge un buon funzionamento cognitivo, nel corso della narrazione si notano diversi vuoti di memoria che disorientano Carla e la spaventano.

L'osservazione dello stato emotivo rivela una forte sofferenza: oltre al pianto, Carla verbalizza più volte forti sentimenti di colpa, di vergogna e pensieri auto soppressivi; vive costantemente permeata da un opprimente stato d'ansia e di allerta. Talvolta pensieri intrusivi legati al trauma le attraversano improvvisamente la mente, riattivando prepotentemente in lei emozioni angosciose. A livello psicosomatico emerge la presenza di numerosi sintomi, coerentemente con il vissuto traumatico esperito: mal di testa, disturbi del sonno, inappetenza per senso di chiusura allo stomaco, senso di oppressione al petto e tremori.

A Carla viene somministrato il questionario PDI - *Peritraumatic Distress Inventory* (Brunet A. et al. 2001), per la valutazione delle reazioni da stress conseguenti all'evento traumatico, che rivela un punteggio

di 43/52 e conferma quindi quanto emerso dall'osservazione diretta dello stato emotivo e dal colloquio sulle circostanze dei fatti, ovvero una situazione di disagio psicologico elevato, correlabile con l'evento stressante riferito e compatibile con un quadro di Sintomatologia da Stress post Traumatico e Disturbo d'ansia reattivo all'evento traumatico. Giunta alla refertazione Carla era già in contatto con la psicologa del Centro Antiviolenza del territorio e in questo caso il suggerimento fu quello di proseguire con il percorso intrapreso.

A distanza di un mese Carla torna presso il Servizio per la valutazione di follow up. Comprensibilmente i segni del trauma sono ancora vividi: la donna appare fisicamente provata, notevolmente dimagrita e dalle espressioni del volto emergono i segni tangibili delle ferite emotive. Racconta di vivere ancora in uno stato d'intensa paura, attivata dai luoghi legati all'evento traumatico verso cui ha sviluppato comportamenti evitanti arrivando a manifestare la volontà di cambiare città.

Permangono inoltre stati di attivazione ansiosa e di allerta continua. L'umore oscilla tra stati ansiosi e stati depressivi, cosa che ha reso necessaria l'introduzione di una terapia farmacologica per attenuare l'insonnia, gli incubi e la rievocazione dell'evento traumatico. Talvolta la mente è attraversata improvvisamente da pensieri legati allo stupro e per contrastarli Carla prova a distrarsi, sente l'impellenza di allontanare la mente da quelle rievocazioni, tenendosi occupata per non rivivere le sensazioni di quel momento. Carla è visibilmente ancora molto sofferente, piange e riferisce ancora con angoscia la presenza d'idee suicidarie. Fisicamente, oltre alla magrezza data dalla persistente inappetenza, sono ancora presenti sintomi quali mal di testa e disturbi del sonno, con frequenti risvegli in stato di affanno e generale stanchezza. Carla ha sviluppato una strategia di adattamento alla situazione basata prevalentemente sull'evitamento e l'iperattività e ciò le permette di far fronte alle attività quotidiane, che ha ripreso in parte, senza raggiungere

un reale senso di benessere.

Carla è molto scettica sulla possibilità di tornare ad essere quella di prima: si sente segnata per sempre, cambiata profondamente e completamente priva di speranza.

Il danno subito è confermato dalla successiva somministrazione del questionario PCL (*Post Traumatic Stress Disorder Checklist, Weathers F. W. et al. 1991*) che rileva un punteggio di 57/85, indice di una Sintomatologia Post-Traumatica da Stress di entità rilevante con presenza di sintomi intrusivi, alterazioni negative di pensieri ed emozioni, persistenti vissuti di allarme e agitazione; permane uno stato d'ansia, presumibilmente reattivo all'evento traumatico.

L'incontro con Carla si conclude con la consapevolezza che un danno così profondo avrà effetti per un lungo periodo nella sua vita.

Per chiarezza espositiva, viene di seguito riportato il referto redatto.

FAC SIMILE MODELLO DI REFERTAZIONE	
REFERTO PSICOLOGICO di: CARLA G.. INTEGRAZIONE DEL REFERTO MEDICO N. XXX DEL XX/YY/ZZZZ (allegato) art. 334 c.p.p.: <i>“Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; fornisce inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare”.</i>	
<i>Data e luogo dell'intervento</i>	La signora CARLA G.. si presenta all'osservazione psicologica su invio del Pronto Soccorso in data XX/YY/ZZZZZ
<i>Dati anagrafici</i>	Cognome e Nome G. CARLA C.F. XXXXXXXXXXXXXXXX Data e luogo di nascita XX/YY/ZZZZZ – PALERMO (PA) Stato civile CONIUGATA Scolarità LICENZA SUPERIORE Professione IMPIEGATA Residenza VIA XXXXX, X Tel. Personale XXX XXXXXXXX Numero figli 0

<p>Rif. <i>Referto medico</i></p>	<p>Referto N. XXXXXXXXXXXX del XX/YY/ZZZZ DIAGNOSI MEDICA RIFERITA VIOLENZA SESSUALE, POLICONTUSIONI. Prognosi GG. CLINICI 7</p>
<p><i>Dati autore dell'aggressione</i></p>	<p>La paziente non è in grado di riferire l'identità dell'autore della violenza sessuale.</p>
<p><i>Osservazione dello stato emotivo cognitivo comportamentale della donna</i></p>	<p>All'osservazione psicologica la paziente presenta: <i>"Un evidente stato di angoscia e sofferenza mentale. Riferisce costanti stati d'ansia e una condizione di iperallerta, nonché la presenza di pensieri intrusivi connessi alla scena del trauma. Sono presenti diversi sintomi psicosomatici riconducibili all'evento vissuto: mal di testa, disturbi del sonno, inappetenza per senso di chiusura allo stomaco, senso di oppressione al petto, tremori. Esprime senso di colpa per l'impossibilità di riuscire a ricordare/riconoscere il volto del proprio aggressore e per non essere in grado di rispondere ad alcune domande inerenti alla dinamica dell'evento. Oltre alla paura, emergono rabbia e senso di impotenza. Carla verbalizza intensi sentimenti di vergogna e pensieri suicidari.</i> <i>Il racconto di Carla è sufficientemente preciso, nonostante alcuni passaggi di cui non ha ricordi. Dal momento dello stupro a quello della refertazione, Carla riferisce di vivere in uno stato di paura persistente: ha paura di stare a casa, di rimanere da sola, non è in grado di tornare sul luogo dell'aggressione e di frequentare i suoi ambienti abituali: trascorre sostanzialmente le giornate chiusa in casa in compagnia di un familiare.</i></p>
<p><i>Questionari amministrativi</i></p>	<p>Alla paziente vengono somministrati i seguenti questionari per la rilevazione della reazione allo stress relativamente agli specifici eventi riferiti di maltrattamento e violenza: <input type="checkbox"/> PDI (Peritraumatic Distress Inventory, Brunet A. et al. 2001) che rileva un punteggio di 43/52, indice di disagio estremamente significativo percepito immediatamente dopo l'evento traumatico.</p>
<p><i>Descrizione dell'evento traumatico e delle circostanze dei fatti oggetto del referto con raccolta del riferito e del vissuto da parte della vittima</i></p>	<p>La donna riferisce: <i>"Erano circa le 23.30, ero scesa dal treno di ritorno da casa dei miei genitori e mi apprestavo a raggiungere il parcheggio dove si trovava la mia macchina. Mentre percorrevo il vicolo che porta al parcheggio sono stata improvvisamente raggiunta da due persone, una mi ha afferrato dalle spalle e mi ha chiuso la bocca con una mano appena ho iniziato ad urlare. Mi ha spinto verso un punto particolarmente buio del vicolo, mi sono trovata bloccata... Ho capito che c'era una seconda persona che però non ho visto. Non sono riuscita a vedere chiaramente neanche il mio aggressore in volto, non so se sarei in grado di riconoscerlo (piange), mi è parso che avesse il volto semi coperto, ricordo solo un odore</i></p>

	<p><i>acre, disgustoso... il solo pensiero mi dà ancora la nausea... Ho avuto l'impressione che fosse un uomo robusto, forte... non sono stata in grado di ostacolarlo, ho anche temuto che ribellandomi mi potesse ammazzare... Mi ha sollevato la gonna e ha avuto un rapporto sessuale completo... (piange), è stato terribile... Dopo pochi minuti sono sopraggiunte due macchine nel parcheggio vicino, sono scese delle persone, si sentivano delle voci... devono essersi spaventati e sono scappati...".</i></p>
<p><i>Valutazione sintomatologica</i></p>	<p>La condizione della donna, a seguito della visita psicologica effettuata tramite l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti oggetto del referto e la rilevazione data dalla somministrazione dei questionari, è compatibile con una condizione di: <i>Disturbo acuto da stress con disturbo dissociativo conseguente all'evento traumatico, sintomatologia ansiosa.</i></p>
<p><i>Tipologia di violenza riferita e riscontrata</i></p>	<p>Lo stato psichico riscontrato è coerente con l'evento/gli eventi stressante/i riferito/i, ovvero: <input type="checkbox"/> Violenza sessuale</p>
<p><i>Indicazioni di trattamento</i></p>	<p>Si consiglia una successiva visita psicologica di follow up a distanza di un mese dalla corrente data per valutare l'evoluzione dello stato psichico attuale e si concorda appuntamento presso il Servizio scrivente, in data XX/YY/ZZZZ Si consiglia sostegno psicologico presso il Servizio di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici: XXXX XXXXX La donna risulta già essere supportata dal Centro Antiviolenza del territorio, per cui si consiglia il proseguo.</p>
<p><i>Invii e segnalazioni (art. 334 ccp)</i></p>	<p>Si effettuano le seguenti azioni necessarie alla tutela/messa in sicurezza dell'interessata: <input type="checkbox"/> Si inviano per competenza gli eventuali provvedimenti di tutela alla Procura presso il Tribunale</p>
<p><i>Nota bene:</i> Il presente referto psicologico si riferisce ad un'unica prestazione standardizzata di osservazione delle reazioni traumatiche da stress conseguenti ad eventi minacciosi per l'integrità psico-fisica personale e di altri.</p> <p>Luogo e data _____ Firma utente _____</p> <p style="text-align: right;">Firma psicologo _____</p>	

3.3 Giulia

Giulia è una giovane donna incinta e madre di due figli, ricoverata presso l'U.O. di Medicina d'Urgenza, la quale giunge all'appuntamento per una valutazione dello stato psicologico su richiesta e suggerimento del medico del Pronto Soccorso. Il quadro clinico di Giulia è contrassegnato da lesioni gravi: fratture multiple, trauma cranico, ecchimosi in sedi sparse e in fasi evolutive diverse, con prognosi di 45 giorni. Sin da subito Giulia si mostra vigile e collaborante nel raccontare, nonostante il forte dolore e la sofferenza fisica dovuta alle lesioni procuratele dal compagno con cui convive da circa tre anni. Giulia descrive il compagno Marco come una persona gentile e affettuosa ma allo stesso tempo, in alcuni momenti, irosa e molto gelosa. La prima gravidanza è stata fortemente desiderata mentre la seconda è capitata; rispetto all'attuale, Giulia esprime riserve sul proseguimento. La causa dell'evento traumatico che ha vissuto viene ricondotta da Giulia ad uno specifico episodio collegato all'esperienza lavorativa che lei ha intrapreso durante la scorsa estate e che ha fortemente inasprito i frequenti litigi e sentimenti di gelosia di Marco che, in escalation, hanno portato all'espressione di violenza fisica e psicologica.

Giulia descrive uno scenario agghiacciante, protrattosi per ore e verificatosi in casa, davanti ai loro bambini che, terrorizzati, urlavano e piangevano. Marco in preda all'ira e dominato da un pensiero di gelosia e tradimento, l'ha picchiata con schiaffi, pugni e violenti scuotimenti, facendole sbattere più volte la testa sul bordo della vasca da bagno, poi sulla lavatrice e di nuovo sul pavimento, stringendole il collo; l'ha poi colpita lungo tutto il corpo con l'utilizzo di oggetti, fino a farle perdere completamente coscienza. Marco l'ha poi lasciata inerme in casa, in condizioni critiche, sola con i due bambini e senza telefono fino a quando, verso sera, il suocero di Giulia è entrato in casa per prendere con sé il figlio maggiore, lasciando a lei la più piccola.

Solo quando a tarda notte Marco è rientrato ha deciso di accompagnare Giulia in Pronto Soccorso, portando con sé anche la figlia minore. La motivazione dell'accesso in Pronto Soccorso è stata inizialmente mascherata dal racconto di una caduta ma gli operatori, di fronte al quadro e alle lesioni evidenti, nonché allo stato di agitazione e paura di Giulia, hanno immediatamente orientato il percorso verso un trattamento in condizioni protette, sospettando quindi sin da subito un caso di violenza domestica. Rispetto ad eventuali episodi pregressi di violenza, Giulia rimane vaga, fa riferimento ad altre situazioni in cui il compagno ha agito violenza su di lei sempre in presenza dei figli, ma senza scendere nei dettagli, pur raccontando che, puntualmente, ogni qualvolta Giulia inizi un nuovo lavoro, Marco perda il senno maltrattandola, insultandola e tutto ciò sempre in presenza dei due figli. Sul piano psichico in Giulia si osserva una marcata fragilità nell'affrancamento di un pensiero critico rispetto alla relazione ed emerge un'evidente ambivalenza: si alternano in lei sentimenti d'impotenza e sensi di colpa tesi a difendere le condotte del compagno, con scarsa consapevolezza rispetto alla propria condizione e a quella dei bambini. Giulia è loquace nel riportare gli eventi ma allo stesso tempo il racconto è caratterizzato da un linguaggio semplice, da un pensiero quasi ingenuo e poco elaborativo che sembra impedirle un chiaro processo di consapevolezza delle violenze subite e portandola ad esprimere una viva dipendenza dalla relazione con Marco. In alcuni momenti l'eloquio è confuso, ripetitivo ed interrotto da pause e vuoti temporali che potrebbero dipendere dal sentimento di angoscia derivato dal trauma e dalla sua rievocazione durante il racconto che ostacola la fluidità del pensiero. Sembra mancare inoltre in lei un'effettiva funzione riflessiva al punto che la volontà e il desiderio di sopravvivenza di Giulia emergono solo quando la situazione si fa particolarmente insostenibile e dolorosa, per poi ricadere all'interno di una cornice relazionale coercitiva, dove coattivamente si ripete l'esperienza traumatica reiterata.

In Giulia si osserva una sorta di “dipendenza affettiva” che ne vincola il processo di affrancamento. Appare evidente come il dominio da parte del compagno e la dinamica relazionale basata sul controllo, sul possesso e sulla gelosia morbosa, impedisca a Giulia di allontanarsi da lui. Questa dinamica pregiudica il processo di emancipazione e uscita dalla violenza di Giulia, che continua a leggere questi comportamenti messi in atto da Marco, come forme di interessamento, attenzione e premura.

Vengono somministrati i questionari inseriti all'interno del processo di Refertazione psicologica, per indagare più a fondo gli esiti della violenza: il PDI - *Peritraumatic Distress Inventory* (Brunet A. et al., 2001) rileva un punteggio pari a 43/52, indice di disagio estremamente significativo, mentre il PCL - *Post-traumatic Stress Disorder Checklist* (Weathers F. W. et al., 1991) rileva un punteggio di 72/85, indice della presenza di sintomatologia Post-traumatica da Stress di entità rilevante. Alla somministrazione del Questionario per la Valutazione del Rischio si evidenzia la presenza di 5 indicatori di rischio su 15, di cui 4 dei principali fattori di letalità: minacce di morte, tentativi di strangolamento o soffocamento, partner violento e costantemente geloso, presenza e uso di un'arma. Altri indicatori di rischio emersi sono: escalation della violenza, controllo e limitazioni, precedenti aggressioni refertate, gelosia infondata o incoerente, aggressioni in presenza di minori, violenza in gravidanza e il partner con precedenti penali per violenza.

È stato inoltre approfondito il pregresso percorso di Giulia con i servizi a cui si era già rivolta: la NPIA, il Servizio Sociale Tutela Minori e il Centro Donna, dove era già stata condotta una prima valutazione.

Considerando la gravità e la complessità della situazione è stato concordato un incontro multidisciplinare e interistituzionale con i Servizi Territoriali, al quale hanno preso parte anche l'U.O. di Ostetricia-Ginecologia, la NPIA, il Consultorio Salute Donna, il Centro Antiviolenza e con l'allertamento dell'U.O. di Pediatria (disponibile ad accogliere i minori

qualora si fosse reso necessario). Al tavolo di lavoro sono stati valutati anche i fattori protettivi potenzialmente individuabili nelle risorse familiari, tra cui i nonni materni i quali purtroppo, sebbene direttamente interessati, non sono stati disponibili ad essere coinvolti nel progetto di protezione. Di conseguenza si è provveduto ad orientare la messa in tutela e vigilanza di Giulia e i due bambini presso una Casa protetta, una soluzione temporanea ma in grado di garantire la sicurezza della donna e dei minori. Tuttavia Giulia, dopo qualche mese, ha deciso di tornare a casa con Marco, lasciando i minori in Comunità, non avendo facoltà di portarli con sé a causa del Decreto del Tribunale per i Minori che ne prevedeva l'affidamento ai Servizi Sociali e la messa in sicurezza. In seguito Giulia ritorna poi più volte in Pronto Soccorso per contusioni o ecchimosi multiple da percosse da parte del compagno.

Il caso di violenza intra-familiare vissuto da Giulia, incinta e madre di due figli, fattori che si pongono come “aggravanti” in un contesto di maltrattamento reiterato, è testimonianza dell'importanza di affrontare il tema della violenza familiare nelle sue diverse espressioni e sfaccettature, facendo luce su aspetti che la stessa refertazione psicologica contribuisce e concorre ad evidenziare.

La storia di Giulia non è certo a lieto fine. Il ritorno a casa dal compagno e i ricidivi accessi in Pronto Soccorso, testimoniano una sorta di incapacità, troppo frequente, di uscire dal contesto di violenza nonostante gli aiuti offerti, un “campanello d'allarme” che impone alle Istituzioni (Servizi Sanitari, Sociali e Autorità Giudiziaria) particolare attenzione e supporto ai fini della protezione delle donne e dei minori vittime di violenza, poiché il danno inflitto alle donne e ai figli non è solo immediato e traumatico nel momento in cui esse lo subiscono, ma si estende in più ambiti e si protrae nel tempo, compromettendo la possibilità di pensare sé stesse in modo libero ed autonomo.

Viene di seguito riportato il fac-simile del referto psicologico di Giulia.

FAC SIMILE MODELLO DI REFERTAZIONE

REFERTO PSICOLOGICO di: GIULIA M.

INTEGRAZIONE DEL REFERTO MEDICO N. XXX DEL XX/YY/ZZZZ (allegato)

art. 334 c.p.p.: *“Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell’intervento; fornisce inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare”.*

<i>Data e luogo dell’intervento</i>	La signora GIULIA M. si presenta all’osservazione psicologica su invio del Pronto Soccorso in data XX/YY/ZZZZ
<i>Dati anagrafici</i>	Cognome e Nome M. GIULIA C.F. XXXXXXXXXXXXXXXX Data e luogo di nascita XX/YY/ZZZZ – XXXXXXXXXXXX Scolarità LICENZA MEDIA Professione SEGRETARIA Residenza VIA XXXXX, X Tel. Personale 333 XXXXXXXXXXX Numero figli 2 di cui minori 2
<i>Rif. Referto medico</i>	Referto N. XXXXXXXXXXXX del XX/YY/ZZZZ Diagnosi medica CONTUSIONI ED ECCHIMOSI MULTIPLE DA PERCOSSE Prognosi GG. CLINICI 6
<i>Dati autore dell’aggressione</i>	La paziente riferisce l’identità dell’autore dei comportamenti violenti. Nome e cognome: MARCO Data di nascita: XX/YY/ZZZZ Tipologia di legame con la vittima: CONVIVENTE
<i>Osservazione dello stato emotivo cognitivo comportamentale della donna</i>	All’osservazione psicologica la paziente presenta: <i>Una struttura del pensiero molto semplice ed ingenuo, in alcuni momenti l’eloquio è confuso, ripetitivo ed interrotto da pause che contraddistinguono gli episodi in cui evoca le aggressioni.</i> <i>Il vuoto temporaneo potrebbe dipendere da un’angoscia che blocca la fluidità del pensiero e l’espressività. Insieme ad un ragionamento molto semplice e superficiale, non si osserva una valida capacità critica in grado di discernere le situazioni.</i> <i>Permane una volontà ambivalente ed ambigua, marcatamente influenzabile, con probabile utilizzo di difese dissociative massive che potrebbero compromettere la capacità di tutela nei confronti di sé.</i> <i>Durante la narrazione manifesta una profonda crisi di pianto che lei stessa motiva in modo ambivalente. Lo stato psicologico è contrassegnato</i>

<p><i>Osservazione dello stato emotivo cognitivo comportamentale della donna</i></p>	<p><i>da indicatori d'ansia ed agitazione con forti vissuti di angoscia, si rilevano inoltre sintomi quali: difficoltà a prendere sonno, risvegli frequenti, crisi di pianto a singhiozzo, senso di oppressione al petto e perdita di appetito. All'osservazione clinica, la signora appare emotivamente molto labile. Il racconto appare frammentato e si inseriscono spesso pensieri intrusivi. Alla luce di quanto osservato e riferito, si potrebbe ipotizzare che la signora abbia messo in atto dei meccanismi difensivi di distacco emotivo durante il racconto dell'evento traumatico e di frammentazione del pensiero, come se non si sentisse legittimata a raccontare l'evento critico e a riconoscerlo come tale. La frammentazione nel racconto può essere compatibile con l'effetto dell'evento critico di maltrattamento ripetuto con difese dissociative peritraumatiche attivate durante l'evento traumatico. Tali difese potrebbero essere compatibili con lo stato di sofferenza psicologica causata dalla violenza subita e reiterata.</i></p>
<p><i>Questionari somministrati</i></p>	<p>Alla paziente vengono somministrati i seguenti questionari per la rilevazione della reazione allo stress relativamente agli specifici eventi riferiti di maltrattamento e violenza:</p> <p><input type="checkbox"/> PDI (Peritraumatic Distress Inventory, Brunet A. et al. 2001) che rivela un punteggio di 43/52, indice di disagio estremamente significativo (tra 40 e 52) percepito durante o immediatamente dopo l'evento traumatico.</p> <p><input type="checkbox"/> PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, Weathers F. W. et al., 1991) che rivela un punteggio di 72/85, indice della presenza di sintomatologia posttraumatica da stress di entità rilevante (>50).</p>
<p><i>Presenza di timori ed indicatori di rischio per la vita (J. Campbell, 1995)</i></p>	<p>Questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell J. C., 1995) Dal questionario si rilevano elevati timori per la vita e l'integrità psico-fisica della paziente, in particolare si evidenzia la presenza di N. 4 indicatori di rischio su 15.</p> <p>Emergono, inoltre, N.3 dei principali fattori di letalità:</p> <p><input type="checkbox"/> Minacce di morte; <input type="checkbox"/> Tentativi di strangolamento o soffocamento (mani alla gola); <input type="checkbox"/> Partner violento e costantemente geloso.</p> <p>In generale la donna non è coscientemente preoccupata per se stessa, ancora preserva la recuperabilità del rapporto, minimizzandone i rischi.</p> <p>Altri indicatori di rischio emersi sono:</p> <p><input type="checkbox"/> Escalation della violenza <input type="checkbox"/> Gelosia infondata o incoerente <input type="checkbox"/> Controllo e limitazioni <input type="checkbox"/> Precedenti aggressioni refertate <input type="checkbox"/> Aggressioni davanti a terzi e minori</p> <p>Il soggetto abusante ha precedenti penali per violenza e ha disatteso ordini di protezione.</p>

<p><i>Descrizione dell'evento traumatico e delle circostanze dei fatti oggetto del referto con raccolta del riferito e del vissuto da parte della vittima</i></p>	<p>La donna riferisce:</p> <p>«...tutto inizia quando ho preso l'impegno di lavorare in un bagno al mare, dopo aver fatto il colloquio di selezione, qualche giorno prima. Sono riuscita a fare alcune domeniche, ma non riconoscevano un compendio in base alle ore svolte, ma una cifra mensile complessiva. Dopo averlo firmato, lui ha trovato la mia copia nello zainetto... mi ha svegliata durante la notte aggredendomi per aver firmato... mi ha offesa dicendomi:</p> <p>“... sei stata una cretina...dovevi essere più attenta...” Da quel momento però era una lite continua...mi pressava tutti i giorni ed io arrivavo al lavoro già agitata, stressata ed intontita dai suoi attacchi continui, arrivavo già stanca, avevo sempre la testa da tutt'altra parte. E' capitato anche che fosse venuto sul posto di lavoro a fare confusione. Sfinita da tutto, decido, quindi, di lasciare il lavoro. Lo stesso giorno, lui mi assale con offese, urla e spintoni offendendomi perché ero sottopagata, perché mi sfruttavano. Praticamente è poi successo che ha iniziato a picchiarmi per tutta la notte...spintoni, tirate di capelli, urla, parolacce, trascinamenti a terra e continuava a rinfacciarmi quel lavoro e di aver firmato un contratto sottopagato... Quella notte è stato un delirio, sono arrivata allo sfinimento delle forze...tremavo come una foglia raccolta nella punta del letto...ero piena di lividi. Il giorno dopo ho ripreso contatti con la mia famiglia, dopo anni che non la vedevo, e mia madre ha deciso di portarmi in PS dove mi ha poi raggiunto anche mio fratello. Ora sono a casa dei miei genitori.»</p>
<p><i>Analisi di contesto e anamnesi di eventuali eventi traumatici precedenti al fatto in oggetti e connessi a episodi di violenza</i></p>	<p>La donna riferisce:</p> <p>«...Si sono ripetuti gli eventi di violenza che ho subito...in passato mi picchiò per ore fino a farmi perdere i sensi, fu lui poi a portarmi in PS dopo avermi lasciata priva di forze chiusa in casa da sola per ore con i bambini. Ero rovinata...mi diedero 45 giorni di prognosi, avevo il viso rotto ed ero piena di ematomi. Sono venuta in PS anche quest'anno sempre perché mi aveva picchiata. Mi aveva accompagnato lui, ma poi sono tornata a casa da sola a piedi. Più o meno mi picchia una volta al mese, quando perde il lume della ragione e non sa controllarsi. Poi il giorno dopo è come se nulla fosse successo, il giorno prima è un animale e il giorno dopo diventa un agnellino.»</p>
<p><i>Presenza di minori</i></p>	<p>La donna riferisce la presenza di minori testimoni di violenza (Ris. 1714/2010 del Consiglio di Europa).</p> <p>Che hanno a loro volta subito violenza: NO.</p> <p>Sono stati presenti durante episodi precedenti di violenza: SI.</p>

<p><i>Valutazione sintomatologica</i></p>	<p>La condizione della donna, a seguito della visita psicologica effettuata tramite l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti oggetto del referto e dalla somministrazione dei questionari è compatibile con: <i>Disturbo acuto da stress con sintomatologia post-traumatica da stress con prevalenza di sintomi intrusivi e vissuti difensivi disocciativi di entità importante.</i></p>
<p><i>Tipologia di violenza riferita e riscontrata</i></p>	<p>Lo stato psichico riscontrato è coerente con l'evento/gli eventi stressanti/i riferito/i, ovvero: <input type="checkbox"/> Violenza domestica (Fisica, Psicologica/Verbale) <input type="checkbox"/> Minacce (di morte, di distruzione personale e di altri)</p>
<p><i>Indicazioni di trattamento</i></p>	<p>Si consiglia una successiva visita psicologica di follow up a distanza di un mese dalla corrente data per valutare l'evoluzione dello stato psichico attuale e si concorda appuntamento presso il Servizio scrivente, in data XX/YY/ZZZZ Si consiglia sostegno psicologico presso il Consultorio di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici: XXX XXXXX Si consiglia la visita psicologica dei minori per gli esiti del maltrattamento assistito presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici XXXX XXXXX e tramite i Servizi Sociali da cui essi sono già stati presi in carico. Si consigliano misure di cautela e prevenzione del rischio.</p>
<p><i>Invii e segnalazioni (art. 334 ccp)</i></p>	<p>Si effettuano le seguenti azioni necessarie alla tutela/messa in sicurezza dell'interessata: <input type="checkbox"/> Contatto diretto con il Centro Antiviolenza del Comune <input type="checkbox"/> Contatto diretto e intervento delle FFOO Inoltre <input type="checkbox"/> Si informa il medico curante <input type="checkbox"/> Si informano i servizi territoriali socio-sanitari già coinvolti nella presa in carico <input type="checkbox"/> Si inviano per competenza gli eventuali provvedimenti di tutela alla Procura presso il Tribunale e il Tribunale dei Minori</p>
<p><i>Nota bene:</i> Il presente referto psicologico si riferisce ad un'unica prestazione standardizzata di osservazione delle reazioni traumatiche da stress conseguenti ad eventi minacciosi per l'integrità psico-fisica personale e di altri.</p> <p>Luogo e data _____ Firma utente _____</p> <p style="text-align: right;">Firma psicologo _____</p>	

3.4 Francesca

Francesca è una donna di 39 anni, laureata, con un figlio di 6 anni.

Da quando 2 anni fa si è separata dal marito lavora come commessa in un negozio di abbigliamento: *“Solo dopo la separazione ho potuto lavorare, lui è benestante e mi faceva credere che fosse per il mio bene stare a casa, in realtà così dipendevo da lui in tutto, ma io queste cose non le riconoscevo, ero convinta che per amore mi consigliasse di non lavorare...”*.

Nell'Aprile dello scorso anno Francesca si presenta all'ambulatorio di Psicologia molto spaventata e agitata: piange, è confusa e chiede aiuto, cerca qualcuno che possa ascoltare e accogliere il suo dolore; è molto angosciata in quanto teme che l'ex marito possa continuare a “manipolarla” o che possa strumentalizzare il figlio contro di lei per farle del male. Francesca chiede aiuto e spera di trovare il supporto psicologico di cui evidentemente manifesta il bisogno. Infatti, in uno stato di intensa agitazione, tremante, Francesca afferma che desiderava tanto l'incontro con lo psicologo e che attendeva la chiamata per effettuare il referto psicologico sin dal momento in cui al Pronto Soccorso la introdussero alla possibilità di prendervi parte.

Già dalla telefonata con cui le è stato anticipato in che cosa consistesse il referto psicologico, Francesca appare molto agitata, piange e fa fatica a comprendere la differenza fra un *referto* e un percorso di supporto ma, rassicurata dalla presenza di un servizio che potesse accompagnarla nel percorso di fuoriuscita dalla violenza, decide di fissare l'appuntamento. Dopo aver spiegato a Francesca in cosa consista il referto psicologico e averla rassicurata sul fatto che sarebbe comunque stata presa in carico dalle colleghe del territorio al fine di fornirle il supporto psicologico adeguato, si affida e firma il consenso.

Nel referto si riporta che Francesca si è recata in Pronto Soccorso a seguito di un episodio di aggressione verbale subita da parte dell'ex

marito Giorgio, il quale le aveva impedito di partecipare all'incontro di basket in trasferta del figlio. Il medico la dimette con diagnosi di: "Stato di agitazione in riferita violenza psicologica" e le assegna 5 giorni di prognosi. *"Era il giorno in cui nostro figlio era affidato a lui, così il mio ex marito mi dice che è il suo giorno con lui e che quindi io non posso andare... la causa della separazione è ancora in corso e abbiamo in atto le perizie dei CTU e CTP... allora penso che se riesce a comportarsi così nonostante le valutazioni in corso ...cosa può fare ai danni di mio figlio che sarà l'unico senza madre alla partita?"*

Durante il colloquio psicologico è stato difficile contenere Francesca che, come un fiume in piena, racconta gli episodi di dolore e di violenza subiti e teme che l'ex marito possa usare il figlio per farla soffrire e per le ripercussioni sul futuro del bambino.

Sin dal principio del loro fidanzamento si sono susseguiti episodi di violenza con *"...ricatti e punizioni anche fisiche... Giorgio mi obbligava a mangiare in piatti di plastica... controllava il tempo in cui tenevo aperto il rubinetto durante la doccia o mentre lavavo i piatti e anche quando è nato nostro figlio mi dava la dose di acqua che dovevo usare per lavarlo..."*.

Francesca racconta di essere da sempre in sovrappeso: *"Anche quando ha avuto inizio la nostra storia io non ero magra... un giorno mi regala un orologio penso: che bel pensiero..., ma solo dopo capisco che con quell'orologio lui controllava quanti passi facevo durante la giornata e se secondo lui non erano abbastanza mi obbligava, in qualsiasi ora del giorno o della notte, a camminare per il tempo che lui riteneva necessario..."*.

Francesca afferma di non aver mai veramente capito quanto i comportamenti del marito costituissero atti violenti, limitanti e offensivi, fino a quando durante la gravidanza, Giorgio le ha inflitto calci e pugni e ha iniziato ad accusarla di non essere una "persona seria" fino a dubitare

di essere lui il padre del bambino. Racconta inoltre di numerosi episodi di violenza subito dopo la nascita di Filippo. La donna racconta di avere affrontato un parto difficoltoso con conseguenze sul suo stato di salute nel primo anno di vita del bambino. Nonostante ciò è stata costantemente maltrattata da Giorgio, il quale raccontava ai familiari che Francesca soffriva di depressione ed era incapace di accudire adeguatamente il piccolo, tentando più volte di proporle un ricovero in Psichiatria.

Durante il colloquio emergono sentimenti di dolore, paura, preoccupazione e ansia, accompagnati dalla presenza di sintomi somatici e psicosomatici quali mal di testa, mal di stomaco, difficoltà a prendere sonno e frequenti risvegli notturni.

A Francesca vengono somministrati due questionari: il *Questionario per la Valutazione del Rischio* (Campbell J. C., 1995) e il *PCL – Post-traumatic Stress Disorder Checklist* (Weather F. W. et al..., 1991). Dal primo questionario emergono 6 indicatori di rischio elevato per la vita e l'integrità psicofisica della donna e 4 dei principali fattori di letalità tra cui minacce di morte, tentativi di soffocamento e violenza in gravidanza; mentre il *PLC – Post-traumatic Stress Disorder* rileva un punteggio di 55/85 punti, indice di una significativa sintomatologia Post-traumatica da Stress.

Dalla visita psicologica effettuata con l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti e dagli esiti dei questionari, ne deriva che Francesca ha vissuto esperienze di violenza domestica, psicologica e verbale, fisica ed economica e presenta una sintomatologia suggestiva per un Disturbo Post-Traumatico da Stress con persistenti vissuti di allarme e agitazione.

Alla luce di quanto emerso sono state effettuate le opportune segnalazioni di tutela alla Procura della Repubblica e alla Procura Minorile e sono stati contattati i Servizi Sociali coinvolti nel percorso giudiziale di separazione.

L'incontro si è concluso prendendo accordi con Francesca per il successivo appuntamento di follow up a distanza di un mese, al quale si presenta ancora una volta con largo anticipo, molto agitata, ansiosa di iniziare a raccontare tutto il dolore che sta vivendo. Francesca è molto preoccupata per il figlio: *“Le maestre ci hanno convocato consigliandoci una valutazione psicologica per nostro figlio in quanto spesso vedono Filippo strano con tendenza all’isolamento, cosa che prima non faceva. Ci hanno detto inoltre che secondo loro c’è qualcosa che lo preoccupa, che tende a non collaborare con gli amici...”*. Francesca racconta come il marito abbia continuato a fare di tutto per screditarla, per farla passare per una madre “incapace” e teme che Filippo possa diventare uno *“strumento di ricatto nei miei confronti...”*. Afferma di aver lasciato tutto a Giorgio: *“Sono uscita io dalla casa coniugale, ho un lavoro e non gli chiedo alimenti per me... mi deve solo quello che la legge gli ha imposto per nostro figlio.... Giorgio cerca di provocarmi e mi fa continue cause perché lui ha più disponibilità economiche...”* e appare rassegnata ad un destino di lotta con l'ex marito: *“il suo obiettivo è portarmi alla distruzione psicologica ed economica...”*.

Durante il colloquio di follow up Francesca appare ancor più spaventata rispetto al primo incontro e il suo stato emotivo è caratterizzato da un'intensa agitazione, preoccupazione per sè stessa e per il figlio. Il peggioramento delle condizioni della donna è emerso anche dai risultati rilevati dalla somministrazione dei questionari PCL e *Valutazione del rischio*: il punteggio rilevato dal PLC - *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* è incrementato di 16 punti, annoverando un punteggio pari a 66/85 rispetto al precedente pari a 50/85, che indica la presenza di una sintomatologia Post Traumatica molto significativa; permangono inoltre i 6 indicatori di rischio su 15 dalla somministrazione del secondo questionario, dato sovrapponibile a quello della prima valutazione.

Concludendo, a seguito della visita psicologica di follow up, effettuata

con l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti oggetto del referto e della somministrazione dei questionari, Francesca presenta un quadro suggestivo di Disturbo Post-Traumatico da Stress con persistenti vissuti di allarme e di agitazione coerente con gli eventi riferiti.

È stata scelta la storia di Francesca, apparentemente simile a tante altre, in quanto emerge l'apparente contrapposizione fra fragilità, remissività e sconforto di questa donna ed il coraggio e la determinazione crescente nel non arrendersi. L'incisività nel chiedere aiuto ha segnato particolarmente il ricordo nel nostro lavoro con lei. Abbiamo incontrato una donna che a circa 40 anni si è reinventata nel lavoro e ha deciso, per il proprio bene e soprattutto per quello del figlio, che fosse giusto chiedere aiuto, un aiuto che siamo riuscite in parte a fornirle, motivandola a continuare il proprio percorso di supporto psicologico che lei stessa ha definito *“fondamentale per elaborare il mio dolore e per tutelare Filippo... perchè da grande non faccia alla sua compagna quello che il padre ha fatto a me.”*

Di seguito viene riportata la scheda di referto del caso di Francesca.

FAC SIMILE MODELLO DI REFERTAZIONE

REFERTO PSICOLOGICO di: PFRANCESCA C.

INTEGRAZIONE DEL REFERTO MEDICO N. XXX DEL XX/YY/ZZZZ (allegato)

art. 334 c.p.p.: *“Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell’intervento; fornisce inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare”.*

<i>Data e luogo dell'intervento</i>	La signora FRANCESCA C. si presenta all'osservazione psicologica su invio del Pronto Soccorso in data XX/YY/ZZZZZ
<i>Dati anagrafici</i>	Cognome e Nome C. FRANCESCA C.F. XXXXXXXXXXXXXXXX Data e luogo di nascita XX/YY/ZZZZZ – XXXXXXXXXXXX Stato civile DIVORZIATA Scolarità LAUREA Professione COMMESSA Residenza VIA XXXXX, X Tel. Personale XXX XXXXXXXXX Numero figli 1 di cui minori 1
<i>Rif. Referto medico</i>	Referto N. XXXXXXXXXXXXX del XX/YY/ZZZZ Diagnosi medica: STATO DI AGITAZIONE IN RIFERITA VIOLENZA Prognosi GG. CLINICI 5
<i>Dati autore dell'aggressione</i>	La paziente riferisce l'identità dell'autore dei comportamenti violenti. Nome e cognome: GIORGIO Luogo e data di nascita: XXXXXXXXXXXX, il XX/YY/ZZZZ Tipologia di legame con la vittima: EX CONIUGE
<i>Osservazione dello stato emotivo cognitivo comportamentale della donna</i>	All'osservazione psicologica la paziente presenta: <i>Un evidente stato di ansia e agitazione con forti vissuti di angoscia e preoccupazione per lo stato del figlio per le possibili ritorsioni da parte dell'ex marito poiché sta chiedendo aiuto. Avverte, manifesta più volte e riferisce sintomi somatici, in particolare mal di testa, mal di stomaco, difficoltà a prendere sonno e senso di oppressione al petto da quando ha subito l'ultima aggressione emotiva da parte dell'ex coniuge.</i> <i>Lo stato psicologico della donna, dall'osservazione durante il colloquio, appare contrassegnato da sintomi psicosomatici quali difficoltà a prendere sonno, risvegli frequenti, senso di oppressione al petto, tendenza a nutrirsi in modo compulsivo. All'osservazione clinica, la signora appare emotivamente sconvolta, molto agitata, piange e trema mentre racconta i numerosi episodi di aggressione subite.</i> <i>Il racconto appare preciso e ricco di particolari, spesso si inseriscono pensieri intrusivi a conferma dello stato di agitazione e di paura della signora.</i>

<p><i>Questionari somministrati</i></p>	<p>Alla paziente vengono somministrati i seguenti questionari per la rilevazione della reazione allo stress relativamente agli specifici eventi riferiti di maltrattamento e violenza:</p> <p><input type="checkbox"/> PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, Weathers F. W. et al., 1991) che rivela un punteggio di 55/85, indice della presenza di sintomatologia posttraumatica da stress di entità significativa (>50).</p>
<p><i>Presenza di timori ed indicatori di rischio per la vita (J. Campbell, 1995)</i></p>	<p>Viene inoltre somministrato il Questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell J. C., 1995).</p> <p>La paziente riferisce elevati timori per la vita e l'integrità psico-fisica personale come rilevato dal questionario per la Valutazione del Rischio (Campbell, 1995), dal quale si evidenzia la presenza di N. 6 indicatori di rischio su 15. Emergono, inoltre, N. 4 dei principali fattori di letalità:</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza e uso di un'arma o minaccia con l'uso di un'arma</p> <p><input type="checkbox"/> Minacce di morte</p> <p><input type="checkbox"/> Tentativi di strangolamento o soffocamento (mani alla gola)</p> <p><input type="checkbox"/> Violenza in gravidanza.</p> <p>La donna mostra un grave stato di paura personale.</p> <p>Altri indicatori di rischio emersi sono:</p> <p><input type="checkbox"/> Escalation della violenza;</p> <p><input type="checkbox"/> Controllo e limitazioni;</p> <p><input type="checkbox"/> Aggressioni davanti a terzi e minori</p>
<p><i>Descrizione dell'evento traumatico e delle circostanze dei fatti oggetto del referto con raccolta del riferito e del vissuto da parte della vittima</i></p>	<p>La donna riferisce:</p> <p><i>“Era il giorno in cui Filippo era affidato a lui, così il mio ex marito mi dice che è il suo giorno con Filippo e che quindi io non posso andare... la causa della separazione è ancora in corso e abbiamo in atto le perizie dei CTU e CTP... allora penso che se riesce a comportarsi così nonostante le valutazioni in corso...cosa può fare ai danni di mio figlio che sarà l'unico senza madre alla partita?”</i></p>
<p><i>Analisi di contesto e anamnesi di eventuali eventi traumatici precedenti al fatto in oggetti e connessi a episodi di violenza</i></p>	<p>La donna riferisce:</p> <p><i>“Fin da quando eravamo fidanzati ricatti e punizioni, anche fisiche, erano all'ordine del giorno... mi obbligava a mangiare in piatti di plastica, controllava il tempo in cui tenevo aperto il rubinetto durante la doccia o mentre lavavo i piatti e anche quando è nato nostro figlio mi dava la dose di acqua che dovevo usare per lavarlo... Poi anche quando ha avuto inizio la nostra storia io non ero magra... un giorno mi regala un orologio penso: “Che bel pensiero”, ma solo dopo capisco che con quell'orologio lui controllava quanti passi facessi durante la giornata e se secondo lui non erano abbastanza mi obbligava, a qualsiasi ora del giorno o della notte, a camminare per il tempo che lui riteneva necessario... Lui mi trattava sempre male anche davanti a nostro figlio, cercava di mettermi in cattiva luce... a volte era scorretto anche con lui se non si comportava come voleva lui... mio marito ha sempre cercato di farmi passare per matta e di farmi ricoverare in psichiatria... dopo il parto, che è stato molto difficile e che ha portato a conseguenze gravi per me, tanto da non poter più camminare, ha fatto credere a tutti che io fossi depressa e che non volevo occuparmi di nostro figlio, che serviva un ricovero”</i></p>

<p><i>Presenza di minori</i></p>	<p>La donna riferisce la presenza di minori testimoni di violenza (Ris. 1714/2010 del Consiglio di Europa). Che hanno a loro volta subito violenza: NO Sono stati presenti durante episodi precedenti di violenza: SI</p>
<p><i>Valutazione sintomatologica</i></p>	<p>La condizione della donna, a seguito della visita psicologica effettuata tramite l'osservazione diretta dello stato emotivo, il colloquio libero-orientato sulle circostanze dei fatti oggetto del referto e la rilevazione data dalla somministrazione dei questionari, è compatibile con: <i>Sintomatologia Post-traumatica da Stress, con prevalenza di sintomi intrusivi, persistenti vissuti di allarme e di agitazione.</i></p>
<p><i>Tipologia di violenza riferita e riscontrata</i></p>	<p>Lo stato psichico riscontrato è coerente con l'evento/gli eventi stressante/i riferito/i, ovvero: <input type="checkbox"/> Violenza domestica (Fisica, Psicologica/Verbale)</p>
<p><i>Indicazioni di trattamento</i></p>	<p>Si consiglia una successiva visita psicologica di follow up a distanza di un mese dalla corrente data per valutare l'evoluzione dello stato psichico attuale e si concorda appuntamento presso il Servizio scrivente, in data XX/YY/ZZZZ Si consiglia sostegno psicologico presso il servizio scrivente di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici: XXXX XXXXX Si consiglia la visita psicologica del minore per gli esiti del maltrattamento assistito presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici XXXX XXXXX e tramite i Servizi Sociali di cui si lasciano all'interessata i riferimenti telefonici XXXX XXXXX.</p>
<p><i>Invii e segnalazioni (art. 334 ccp)</i></p>	<p>Si effettuano le seguenti azioni necessarie alla tutela/messa in sicurezza dell'interessata: <input type="checkbox"/> Si informa il medico curante <input type="checkbox"/> Si invia ai servizi territoriali socio-sanitari per la successiva presa in carico <input type="checkbox"/> Si inviano per competenza gli eventuali provvedimenti di tutela alla Procura presso il Tribunale <input type="checkbox"/> Si invia per competenza alla Procura Minorile presso il Tribunale dei Minori per il reato di violenza assistita</p>
<p><i>Nota bene:</i> Il presente referto psicologico si riferisce ad un'unica prestazione standardizzata di osservazione delle reazioni traumatiche da stress conseguenti ad eventi minacciosi per l'integrità psico-fisica personale e di altri.</p> <p>Luogo e data _____ Firma utente _____</p> <p style="text-align: right;">Firma psicologo _____</p>	

CAPITOLO 4

Il centro antiviolenza e la genesi del progetto di refertazione psicologica

Dott.ssa Alessandra Bagnara, Avv. Cristina Magnani

Come valutare la violenza contro le donne e come riconoscerne e interpretarne i segni?

E' questo un interrogativo di grande attualità in un contesto sociale e mediatico che, da un lato tende a fare di alcune vicende più "attraenti" per l'opinione pubblica un avvenimento costruito sul sensazionalismo e sul sospetto, mentre molto spesso, intorno a molti di noi, ci sono realtà sommerse di violenza ed abusi a volte invisibili ed a volte ignorate.

E' abbastanza rara la denuncia di una donna che abbia subito violenza psicologica, ed anche quando accade è ancora più difficoltoso ottenere una deposizione della vittima che sia chiara, coerente e particolareggiata come richiede l'esigenza processuale, soprattutto considerando il fatto che il dibattimento si svolge, spesso a mesi se non anni di distanza dagli episodi di violenza denunciati

Non esistono dei metodi scientifici univoci che, basandosi solo su dichiarazioni, permettano di distinguere la verità dalla menzogna, o di interpretare in modo incontrovertibile la dichiarazione di una vittima di maltrattamenti. Le attuali tecniche di ascolto, le conoscenze della psicologia della testimonianza, le metodologie d'intervista cognitiva e strutturata, le tecniche d'indagine, le metodologie di ricerca, raccolta e valutazione delle prove, possono produrre spesso risultati differenti a parità di situazione.

Le operatrici del centro antiviolenza Linea Rosa, in oltre 28 anni di

attività con donne e minori vittime di violenza si sono lungamente confrontate e hanno analizzato numerosi casi al solo scopo di sostenere le donne vittime di abusi e di accompagnarle nel tortuoso percorso della giustizia che segue la denuncia delle violenze subite.

Dall'analisi dei dati statistici e dei percorsi delle donne è emerso come il Pronto Soccorso costituisca uno dei luoghi in cui le donne maltrattate sono passate almeno una volta a causa delle lesioni subite o di gravi episodi depressivi e quindi risulta fondamentale riuscire a fornire a tutti gli operatori gli strumenti per riconoscere le donne vittime di violenza domestica.

La donna che si reca in Pronto Soccorso in seguito ad una violenza subita è prima di tutto una donna che ha vissuto un'esperienza traumatica che può essere connessa ad un singolo evento o ad un maltrattamento prolungato che può essere sfociato in un trauma cronico. I segni psichici del maltrattamento sono osservabili in una serie di indicatori che vanno rilevati al primo approccio.

Allo scopo di creare un rapporto di collaborazione e scambio reciproco con l'Azienda Sanitaria il centro antiviolenza, nel 2009, ha proposto un percorso formativo, rivolto agli operatori sanitari, con l'utilizzo del cortometraggio dal titolo "*Basta poco per cambiare*" ancora in uso per la formazione nei presidi sanitari di tutta Italia. Il progetto formativo di cui sopra ha portato interessanti cambiamenti ma ha altresì stimolato all'attuazione di ulteriori procedure codificate che potessero migliorare l'accoglienza e la presa in carico da parte del Pronto Soccorso delle donne vittime di abusi.

Nell'anno 2012 un incontro con la Dr.ssa Elvira Reale è stata la prima occasione per conoscere la realtà sanitaria del Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo di Napoli dove era attivo un servizio di stesura del *referto psicologico*. In seguito a questo primo incontro la presidente di Linea Rosa Alessandra Bagnara e l'allora Assessora

alle Pari Opportunità Giovanna Piaia, si sono recate a Napoli per approfondire la metodologia utilizzata e coinvolgere la Dr.ssa Reale in un percorso formativo, da svolgersi a Ravenna e diretto alle psicologhe ospedaliere coinvolte nel progetto.

Il referto psicologico nei casi di violenza familiare serve a visualizzare e diagnosticare la violenza psicologica ed i suoi effetti sulla salute. La violenza psicologica, infatti, è presente in quasi la totalità dei casi di donne vittime di maltrattamenti ma, per sua natura, difficile da dimostrare in sede di giudizio.

Da qui l'importanza di integrare il referto medico con quello psicologico nei casi in cui una donna si rechi in Pronto Soccorso in conseguenza di una violenza familiare.

Il primo contatto gettò le basi per ulteriori approfondimenti e nell'anno 2014 venne realizzata una formazione dal titolo: *“Nuovo percorso per l'assistenza e la certificazione ai casi di maltrattamento e violenza intra-familiare”* diretta ai direttori e coordinatori infermieristici del Pronto Soccorso, Ginecologia/Ostetricia di Ravenna, Faenza e Lugo; direttori Dipartimento Diagnostica per immagini, Dipartimento Salute Mentale, Medicina Legale, attività socio sanitarie; al servizio di Psicologia ospedaliera, Dipendenze Patologiche distretto di Ravenna e Direttore Sanitario di Lugo. Il percorso formativo fu finanziato dal Centro Antiviolenza Linea Rosa in memoria della Dr.ssa Monica Belogi, psicologa e psicoterapeuta, operatrice del centro antiviolenza, prematuramente scomparsa.

Il percorso formativo ha in seguito coinvolto anche le Forze dell'Ordine, della Magistratura e dei servizi sociali per la condivisione del progetto e la messa a punto del protocollo operativo. Terminata la prima parte della formazione, si è aperta una seconda sessione dedicata alla formazione delle psicologhe ospedaliere con la simulazione dei casi di refertazione, finanziata dal Comune di Ravenna.

La seconda parte del progetto è stata coordinata e supervisionata dalla psicologa e psicoterapeuta Dr.ssa Cinzia Sintini docente in materia di Trattamento del Trauma.

Il lavoro di Refertazione é un lavoro complesso in cui le professioniste sono state formate in modo specifico tenendo conto della centralità del trauma e l'apprendimento di un metodo clinico che consenta l'accoglienza della vittima e la valutazione del profilo della violenza attraverso:

- la ricostruzione degli eventi che hanno portato la vittima di maltrattamento all'accesso in Pronto Soccorso
- La ricostruzione della storia della vittima e degli eventuali eventi pregressi di maltrattamento
- L'eventuale esposizione di minori
- Il riconoscimento della presenza di specifiche conseguenze psicologiche connesse all'esperienza traumatica
- L'individuazione di strumenti per la valutazione del rischio .

Durante il primo anno di attivazione del Servizio di Refertazione in P.S. è stata mantenuta anche una supervisione costante dei casi refertati dalle psicologhe ospedaliere.

Prima dell'attivazione del servizio sperimentale sono stati presi contatti con la Procura della Repubblica, per sottoporre la modulistica utilizzata per le segnalazioni e per instaurare una procedura operativa tra il Servizio di Psicologia ospedaliera e la Procura stessa.

La rete attivata si è dimostrata, già nel periodo sperimentale, un valore aggiunto per le donne vittime di maltrattamenti, che hanno visto un' accelerazione dei provvedimenti urgenti innescati tempestivamente dal referto proveniente dalla psicologia ospedaliera. I provvedimenti di allontanamento del maltrattante dalla casa familiare, l'affidamento dei minori al servizio sociale, gli ordini di protezione sono strumenti molto importanti a disposizione delle donne vittime di abusi ma è

fondamentale che i tempi siano compatibili con le esigenze di sicurezza delle vittime che hanno deciso di svelare le violenze subite (sia donne che minori). E' nel percorso successivo, quello giudiziario sia civile sia penale, che i tempi si dilatano e le donne spesso sono chiamate a testimoniare a mesi se non anni dall'ultimo episodio di violenza.

Il centro antiviolenza era, infatti, consapevole dell'importanza della creazione di una rete che fosse a conoscenza del progetto di refertazione psicologica e che ne condividesse metodi e finalità in quanto solo con un lavoro sinergico è possibile sostenere donne e minori vittime di abusi. Per comprendere in che modo la refertazione psicologica venga utilizzata in fase di dibattimento per riuscire a trasmettere una precisa "fotografia" dello stato psicologico delle donne vittime di violenza proponiamo di seguito la storia di una donna attraverso il percorso giudiziario narrato dall'avvocata Cristina Magnani.

Nell'anno 2017 ho assistito una signora, parte offesa nel processo tenutosi, innanzi al Collegio del Tribunale di Ravenna, a carico del marito, per i delitti di maltrattamento, lesioni e violenza sessuale. La donna, in carico al Centro Antiviolenza Linea Rosa di Ravenna, si era sposata, molto giovane, con un uomo più grande di lei.

Egli, fin dall'epoca del fidanzamento, si era manifestato violento e padronale nei confronti della donna. Dopo il matrimonio, i due avevano avuto dei figli e si erano trasferiti, per lavoro, a Ravenna, ove le violenze del marito erano continuate.

Il processo iniziava a gennaio 2017 e si concludeva, pochi mesi dopo, con la condanna dell'imputato.

Nell'istruttoria dibattimentale erano assunti i numerosi testimoni dell'accusa e della persona offesa, costituitasi parte civile, nonché, i meno numerosi, testimoni della difesa.

Un ruolo determinante era reso, in varie fasi del processo, dalla refertazione psicologica, redatta dal Servizio di Psicologia Ospedaliera di Ravenna, ad integrazione del referto medico di Pronto Soccorso, al quale ultimo la persona offesa si era rivolta, per le cure del caso, dopo l'ennesima violenza del marito.

Nel caso di specie, la refertazione psicologica assolveva una funzione determinante nella prevenzione del, così detto, “rischio di vittimizzazione secondaria” della persona offesa.

La direttiva n. 29/2012 U.E. (norme minime in materia di diritti, assistenza e prevenzione delle vittime di reato), distingue tra “vittimizzazione secondaria sostanziale”, intesa anche quale rischio di reiterazione del reato e “vittimizzazione secondaria processuale”, intesa quale danno che lo stesso processo, per reati di genere, costituisca per la parte offesa.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 (Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere, in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, pubblicato in G.U. n. 24 del 30.01.2018), nel recepire la direttiva suddetta, dispone che le Aziende sanitarie ed ospedaliere effettuino, previa acquisizione del consenso libero ed informato della donna, una valutazione del rischio di nuova vittimizzazione della stessa, a mezzo della somministrazione di un questionario standard.

Queste sono le basi normative della refertazione psicologica.

E’ di tutta evidenza che, ad una valutazione positiva del rischio di reiterazione del reato, assunta su base scientifica, tramite la refertazione psicologica, segua più facilmente l’adozione di una misura cautelare a carico dell’ indagato/imputato. Tanto poiché, una delle esigenze cautelari, alle quali la legge subordina l’adozione della misura stessa è, appunto, la prevenzione della reiterazione del reato (art 274, comma 1, lett c) c.p.p.).

Nel caso da me patrocinato, al riscontro, attestato in sede di refertazione psicologica, di quasi tutti gli indicatori di rischio di reiterazione del reato, seguiva l’applicazione all’indagato della misura cautelare più grave: quella custodiale (in prima battuta la custodia in carcere, poi degradata negli arresti domiciliari).

Oltre a ciò, lo strumento della refertazione psicologica è emerso molto utile, in termini di formazione della prova, sia del danno derivante dal reato, che del delitto stesso di maltrattamenti.

Va premesso che il delitto di maltrattamenti si perfeziona con la reiterazione di condotte che, difformemente dal caso di specie, potrebbero anche essere penalmente neutre, ma che, per effetto della loro portata e della ripetizione nel tempo, determinino nel soggetto passivo un regime di vita doloroso, avvilito, umiliante (ex plurimis: Cass. Pen. Sez. III n. 6724/2017).

E’ di tutta evidenza che la refertazione psicologica giochi un ruolo decisivo nella formazione della prova di tale ultima circostanza. Tanto poiché la stessa attesta, su base scientifica, proprio l’esistenza di quello stato di vita dolorosa, umiliante.

Analogamente, in ipotesi di vittima di atti persecutori, la refertazione psicologica, potrebbe giocare un ruolo determinante nella prova dell'evento del delitto di cui all'art 612 Bis c.p. e cioè del perdurante e grave stato di ansia o di paura; del fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona legata alla persona offesa da relazione affettiva; oppure dell'alterazione delle proprie abitudini di vita.

Nel caso in esame, la testimonianza, resa in dibattimento della psicologa che aveva effettuato la refertazione psicologica, si dimostrava determinante per la prova dello stato di costante paura e soggezione, nel quale i maltrattamenti agiti dal marito avevano ridotto la parte civile.

Nella specie, tale ultima aveva subito, per svariati anni, reiterata violenza fisica, psicologica ed economica. La signora non era neppure padrona di disporre del proprio stipendio, che gestiva il marito. Tanto che ella dipendeva dall'imputato, anche per l'acquisto dei beni di prima necessità.

A quanto mi consta, in alcuni casi, la giurisprudenza di merito ha ammesso l'acquisizione del referto psicologico al fascicolo del dibattimento, quale prova documentale, ex art 234 c.p.p., al pari del referto del pronto soccorso.

Altre volte, invece, ha ritenuto il referto psicologico una testimonianza scritta e dunque, non acquisibile al dibattimento, se non nella forma dell'esame e controesame del professionista che l'abbia redatta.

Tale ultima soluzione, spesso, comporta per il refertante lunghe giornate in Tribunale.

La refertazione psicologica soccorre la donna, vittima di violenza di genere, anche in termini di riduzione dell'effetto di "vittimizzazione secondaria processuale".

La citata direttiva comunitaria n. 29/2012 impone agli Stati membri di adeguare la legislazione interna, così da apprestare rimedi al fenomeno della "vittimizzazione secondaria processuale", che definisce quale danno, causato alla vittima dei reati di genere, dall'esposizione degli aspetti più intimi della propria vita, nel processo penale, alla presenza di estranei.

La Legge n.119/2013 e il Decreto Legislativo n. 212/2012 recepiscono tali obblighi, mediante l'introduzione nel codice di procedura penale di alcuni correttivi, volti a mitigare l'esperienza, spesso traumatica, che la deposizione in tribunale costituisce per la parte offesa, anche se maggiorenne (art. 498 comma 4 quater c.p.p., art 398 comma 5 quater c.p.p.).

Interventi normativi più risalenti nel tempo, avevano già calibrato idonee cautele, per l'audizione della persona offesa dei reati in materia sessuale (art 472 comma 3 bis c.p.p.).

La mia assistita, poteva rendere testimonianza in dibattimento, a porte chiuse,

cioè senza la presenza del pubblico in aula.

Tanto avveniva grazie al comma 3 bis dell'art 472 c.p.p. , introdotto dalla Legge n. 66/1996, a mente del quale l'esame della persona offesa del reato di violenza sessuale, si svolge a porte chiuse, su richiesta della stessa.

Il Collegio del Tribunale di Ravenna, nel caso in esame, espressamente rimarcava, ai fini suddetti, anche le risultanze della refertazione psicologica, che attestava nella parte civile una sindrome post traumatica da stress di entità rilevante. Con ciò il Tribunale ravvisava, nel referto citato, uno strumento utile per ritenere che la testimonianza della parte civile potesse integrare quel pregiudizio alla riservatezza della stessa che, a mente dell'art 472 comma 2 c.p.p., consente di procedere a porte chiuse, anche al di fuori dei casi di violenza sessuale.

Ulteriormente, il ruolo della refertazione psicologica, è reso ancora più incisivo, ai fini di scongiurare il rischio di “vittimizzazione secondaria processuale”, nell'esame della persona offesa, maggiorenne, in dibattimento (art. 498, comma 4 quater, c.p.p.) e nell'incidente probatorio (art. 398, comma 5 quater, c.p.p.).

Tali norme subordinano l'adozione di modalità protette, altrimenti riservate ai soli minorenni, nell'assunzione dell'esame della parte offesa, maggiorenne, che verta in uno stato di “particolare vulnerabilità” (esame in luogo diverso dal tribunale, vetro a specchio, domande poste dagli avvocati per il solo tramite del giudice, assistenza di uno psicologo, ecc).

L'art. 90 quater c.p.p. dispone che la “particolare vulnerabilità” possa essere desunta dal Giudice in base all'età, alle condizioni psichiche della persona offesa, alle modalità e circostanze dell'azione delittuosa ed anche in base all'eventuale dipendenza psicologica, economica o affettiva della persona offesa nei confronti dell'imputato.

E' del tutto evidente il peso che la refertazione psicologica possa avere nell'emersione dello stato di particolare vulnerabilità della donna, vittima di violenza di genere, nei termini sopra resi.

E', conseguentemente, evidente che tale strumento sia molto utile, al fine di rendere alla donna meno traumatico l'esame in dibattimento ed il controesame del difensore dell'imputato.

In definitiva, l'esperienza della refertazione psicologica, per le donne vittime di violenza di genere, si è rivelata, in questi anni, non solo un importante mezzo di prova del delitto e del conseguente danno, ma soprattutto, un efficace strumento di sopporto delle donne nel loro percorso processuale, spesso motivo di grande apprensione per la stesse.

Dal 2015, anno d'inizio del servizio di refertazione psicologica presso il Pronto Soccorso di Ravenna, abbiamo avuto modo di confermare che per la particolare natura di questo tipo di violenza familiare, dove entrano in gioco le relazioni personali e affettive, difficilmente la vittima è disponibile a intraprendere un percorso di uscita dal maltrattamento se non dopo lunghissime riflessioni.

Allo scopo di spiegare in modo dettagliato il valore della refertazione psicologica ma anche le conseguenze giuridiche della stessa, nel primo periodo di attivazione del servizio le donne venivano invitate a presentarsi direttamente all'ambulatorio dedicato in un giorno e orario prestabiliti dove, prima di incontrare la psicologa, incontravano in un ambulatorio separato un'operatrice del centro anti violenza. Questo passaggio consentiva alle donne di autodeterminarsi rispetto all'innesco di una procedura per la quale è necessaria la partecipazione attiva e consapevole della vittima.

Attualmente, le donne che lo scelgono, inviate dal Pronto Soccorso, vengono contattate direttamente dalla psicologa che, prima della refertazione, spiega la valenza e i risvolti della procedura per un accesso informato e consapevole al servizio.

CAPITOLO 5

Uno sguardo sociale sulla violenza di genere

Dott.ssa Elisabetta Pillai, Dott.ssa Rachele Nanni

5.1 Introduzione

Un Servizio Sanitario che predispone specifici percorsi clinico-assistenziali a contrasto della violenza di genere, favorisce nella donna un atteggiamento di apertura e disponibilità allo svelamento del “segreto della violenza”. Il Pronto Soccorso a questo proposito riveste un ruolo strategico poiché costituisce il luogo ove tanta parte della violenza confluisce in modo esplicito o celato. In questo contesto, la capacità di accogliere, di leggere i segnali, molto spesso velati, di favorire il sentimento di protezione, di accompagnare ai servizi dedicati, anche fuori dal contesto ospedaliero, può fare la differenza. Presso l’AUSL della Romagna è presente dal 2017 una Procedura specifica che traccia un percorso di accompagnamento dalla prima fase di accoglienza in Pronto Soccorso fino al termine dell’iter diagnostico-terapeutico. Tale percorso non può fermarsi ovviamente ai confini dell’Ospedale ma deve necessariamente interfacciarsi con le componenti sociali, psicologiche, legali, giuridiche legate al fenomeno della violenza al fine di fornire all’utente, non solo un’adeguata informazione, ma anche un accompagnamento alla rete extra ospedaliera, fondamentale per il cammino di ricostruzione della persona offesa. L’attivazione di connessioni tempestive ed efficaci coinvolge tanti e diversi interlocutori delle nostre comunità e costituisce un elemento essenziale per garantire risposte immediate alle esigenze delle vittime. Per questo motivo da anni i territori, le Prefetture, gli Enti Locali, i Centri Antiviolenza, le Forze dell’Ordine, insieme all’Azienda Sanitaria,

collaborano al costante aggiornamento di protocolli d'intesa che trovano la loro realizzazione nella costante "manutenzione" dei rapporti di rete, di condivisione formativa, di consuetudine a lavorare insieme. Le linee guida ministeriali indicano il Pronto Soccorso come luogo in cui le donne chiedono aiuto ed i medici e gli infermieri d'emergenza-urgenza come i professionisti a cui si rivolgono nella maggior parte dei casi. Linee guida che chiedono, non a caso, la costruzione di percorsi dedicati alle donne partendo proprio dai Pronto Soccorsi e dalla formazione dei suoi professionisti.

Negli anni dal 2018 al 2021 l'Azienda Ausl della Romagna ha promosso, su finanziamento della Regione Emilia Romagna, un progetto formativo per "facilitatori di rete", figure orientate a sensibilizzare ed aggiornare i contesti professionali all'interno dei quali operano, che ha coinvolto professionisti ospedalieri, consultoriali e delle forze dell'ordine: *"Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali, delle donne vittime di violenza di genere"*. Obiettivo generale del corso è stato in particolare quello di favorire processi di accoglienza efficace, di ascolto e di lettura dei segnali non espliciti che la donna spesso nasconde per paura, per vergogna, per sfiducia nelle istituzioni e nella possibilità di essere aiutata (DGR 1890 del 29/11/2017). Di fronte alla violenza il rischio che corriamo tutti, la vittima per prima, e noi come professionisti, è quello di minimizzare, depotenziare il carattere traumatico e reiterativo che essa determina. E' fondamentale quindi allenare e mantenere, tramite la formazione, la condivisione, il confronto, uno sguardo attento che aiuti la vittima a riconoscersi come tale e, al tempo stesso, come possibile artefice del proprio cambiamento. Nel fare questo è importante imparare ad individuare i fattori di rischio ai quali la donna è esposta, gli eventi sentinella, riconosciuti dalla letteratura come precursori di escalation, che devono essere presi in seria considerazione per proteggere e proteggersi.

5.2. La violenza dalla voce delle donne

Non c'è migliore scuola di formazione che ascoltare la voce diretta delle donne: apprendiamo dalle loro paure, il loro modo di trovare strategie di difesa, il loro eterno duello tra amore e odio, le ambivalenze, i sensi di colpa, la vergogna. Il tempo che hanno, o non hanno a disposizione, per specchiarsi nei nostri occhi, fidarsi di noi, ritrovarsi ed affidarci il dono della loro storia.

Violenza fisica - è la più facilmente identificabile in quanto l'unica visibile ad occhio nudo.

Storia di Irina: *“Mi sono guardata allo specchio e come tante volte ho visto il mio volto livido e gonfio... sono sempre stata in silenzio....ho cercato scuse per giustificare....questa volta però ho avuto, dopo tanti anni, il coraggio di chiedere aiuto...ho visto il mio volto con le rughe e incorniciato dai capelli bianchi che mi hanno dato il senso del tempo passato....un tempo lungo di violenza...e ho detto basta!”*

Violenza psicologica - è la violenza meno visibile e accompagna tutte le forme di violenza.

Storia di Anna: *“Mio marito mi usa violenza fisica da tempo. Succede 2\3 volte all'anno (rotto sterno, braccio, ho sempre detto che sono caduta) ma io non so quando saranno questi giorni, solo che arriveranno... gli altri 362 giorni ho paura, ascolto tutti i giorni i suoi passi quando rientra a casa, se è il passo di quando è ubriaco...terrorizzata che possa prendersela con me minacciandomi ed insultandomi...mi chiudo in camera con i bambini, metto l'armadio davanti alla porta stiamo in silenzio impauriti, li abbraccio per non farli piangere...E' il mio modo per allontanare almeno quei 2\3 giorni...”*

Violenza economica - non se ne parla ancora molto e si conosce poco, ma è menzionata all'Art. 3 della Convenzione di Istanbul.

Storia di Fatima: *“Da anni subisco violenza fisica, psicologica, sessuale ed economica. Ho paura sempre di sbagliare e dire anche le cose più semplici. Vorrei avere 5 euro al mese per me....non posso fare la spesa se non con lui...non posso mettere nulla nel carrello di mia iniziativa. Una volta ho messo un pacco di biscotti e dopo a casa è stato il finimondo....Non ho mai credito sul cellulare e non posso chiamare la mia famiglia...ogni settimana lui mi cambia numero di cellulare così non posso essere rintracciata...sono isolata da tutto e da tuttilui mi dice - tu non esisti -”*

Violenza Assistita - moltissimi bambini e adolescenti sono vittime di questa violenza silenziosa.

Storia di Alketa: *“Da anni subisco violenza da parte di mio marito sia fisica sia psicologica... ogni cosa è un pretesto per insultarmi o picchiarmi. Se lavoro e guadagno più di lui non va bene, se non lavoro mi picchia ugualmente perché sono una - sporca mantenuta inutile -Questo a volte è avvenuto di fronte ai miei due figli maggiori ed ora che sono diventati maggiorenni mi hanno detto - Basta!!- E' scattato il tutto quando anno visto il fratellino di sei anni piangere di fronte ad una madonnina che abbiamo in casa, chiedendo che proteggesse la mamma perché aveva paura che il babbo la uccidesse....”*

Violenza Sessuale - questo tipo di violenza viene riconosciuta dalla donna se a metterla in atto è un estraneo, più difficilmente se è agita dal partner. Le implicazioni affettive ed emotive che caratterizzano il rapporto di coppia, gli stereotipi sulla sessualità maschile e femminile rendono spesso difficile percepire la costrizione sessuale come una forma di violenza.

Storia di Marina: *“E’ grazie alla Dott.ssa del Pronto Soccorso che non era convinta in merito a come mi fossi procurata le gravi lesioni al volto, che ora sono qui a raccontare la mia storia. Ero entrata in un tunnel di violenze sempre più gravi di minacce, insulti.... Ho subito anche violenze sessuali ripetute da parte del mio partner ma non ne ero consapevole. Se non avevo voglia di avere rapporti mi accusava di tradirlo e si infuriava... allora per tranquillizzarlo mi concedevo a qualsiasi cosa. Altre volte mi usava violenza per punirmi di qualcosa che lui non gradiva nei miei comportamenti... ma questa cosa non la identificavo sempre come una violenza perché mi sembrava, alla fine dei conti, che fosse parte dei miei doveri nei suoi confronti”*

5.3. Gli stereotipi agiti

Sulla violenza contro le donne esistono diversi stereotipi e luoghi comuni che spesso falsano la visione del fenomeno o ostacolano la ricerca di possibili soluzioni. Gli stereotipi di genere hanno da sempre influenzato, e in buona parte influenzano tutt’ora, i comportamenti nei confronti delle donne anche da parte dei professionisti sociali e sanitari. Limitando l’individualità, bloccano la libertà di azione ed espressione dei singoli, arrivando a giustificare violenze psicologiche e maltrattamenti da parte dell’uomo. Facciamo alcuni esempi utili a sfatare convinzioni sedimentate, frasi fatte, letture che non possono avere più spazio all’interno delle comunità professionali.

- La violenza verso le donne è un fenomeno poco diffuso. Non è vero! Come ci dicono i dati epidemiologici è un fenomeno esteso ma sommerso e per questo sottostimato.

- Riguarda solo fasce sociali svantaggiate, emarginate e deprivate. Non è vero!

- Essa coinvolge tutti i ceti sociali, culturali ed etnici.

- Le donne sono più a rischio di violenza da parte di uomini a loro estranei. Non è vero!

I dati ci dicono che il maggior numero di vittime di violenza ha subito tali atti da parte di un congiunto, un partner, o ex partner, un familiare o comunque un uomo appartenente alla propria sfera di relazioni.

- Anche se è violento con la compagna, è pur sempre un buon padre. Non è vero!

Se una donna viene picchiata, umiliata davanti ai suoi figli anche il benessere psico-fisico dei bambini viene messo gravemente a rischio sia in termini psicologici sia per il rischio che vengano coinvolti direttamente nella violenza agita. Al tempo stesso viene perpetrato un modello trans-generazionale di relazioni violente che insegna alle figlie femmine un modello di sottomissione ed ai figli maschi un modello di prevaricazione.

- La violenza non incide sulla salute delle donne. Non è vero!

La violenza contro le donne è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un problema di salute pubblica che incide gravemente sulla salute psico-fisica delle donne e di tutti coloro che ne sono vittime dirette o indirette.

- La donna viene picchiata perché se lo merita. Non è vero!

Nessun comportamento o provocazione messa in atto da una donna giustifica la violenza subita poiché ciascuno è e deve essere considerato responsabile per i propri atti.

- I partner violenti sono persone con problemi psichiatrici. Non è vero!
Nella stragrande maggioranza gli uomini autori di violenza non sono affetti da conclamate patologie psichiatriche ma sono uomini comuni.

In molti casi hanno loro stessi storie evolutive caratterizzate da violenza assistita o subita. In altri casi hanno partecipato di una cultura sociale all'interno della quale la violenza era minimizzata e accettata. Talvolta hanno disturbi psicologici minori o tratti di personalità caratterizzati da difficoltà nel riconoscere e modulare le emozioni proprie ed altrui. E per quanto riguarda le vittime? Come dovrebbe comportarsi una "brava vittima" per essere creduta e protetta? Se leggiamo molte relazioni cliniche o sociali, ci accorgiamo facilmente del carattere paradossale di molte considerazioni espresse che non tengono conto dell'ampia letteratura sul ciclo della violenza e su ciò che essa produce nel funzionamento di una persona in termini auto ed etero protettivi.

- Se la donna non reagisce ed è passiva non è tutelante nei confronti propri o dei figli.

Il male ricevuto è doloroso da accettare, è inaspettato, disorienta. Avviene da parte di una persona cui si è emotivamente legati e con la quale si sono condivise esperienze, relazioni allargate, codici culturali. La donna prende coscienza della violenza in modo graduale, i comportamenti aggressivi si alternano alle riappacificazioni avvolgendo spesso la donna in una spirale di dipendenza e insicurezza dalla quale è difficile prendere le distanze.

- Se reagisce e si ribella è conflittuale e co-responsabile della violenza. Quando la donna finalmente trova la forza di reagire e ribellarsi, spesso le relazioni tecniche connotano la situazione come "litigiosa", connotata da "parità di azione", derubricando una storia di violenze subite all'area della conflittualità di coppia.

- Se denuncia è strumentale e manipolativa. Vorrebbe ottenere dei vantaggi.

La denuncia per la vittima è al tempo stesso un diritto e un dovere verso se stessa. L'Art. 21 della Convenzione di Istanbul richiama come di seguito gli stati firmatari: “Le Parti vigilano affinché le vittime possano usufruire di informazioni sui meccanismi regionali e internazionali disponibili per le denunce individuali o collettive e vi abbiano accesso. Le Parti promuovono la messa a disposizione delle vittime di un supporto sensibile e ben informato per aiutarle a sporgere denuncia.”

- Se non va in mediazione e rifiuta i contatti con l'ex partner è “alienante”. Le madri che denunciano violenza domestica trovano purtroppo ancora infinite difficoltà nell'ottenere l'affidamento esclusivo dei figli e rischiano che venga rivolta loro l'accusa di agire in modo “alienante” nei confronti del partner quando i figli minori rifiutano di incontrare il genitore violento. È ancora poco diffusa l'attenzione da parte delle autorità competenti alla necessità di proteggere e garantire i minori stessi dalla violenza diretta ed indiretta che hanno subito.

Le vittime di violenza domestica sono ancora troppo spesso invitate a percorsi di mediazione familiare che, ponendo vittima ed aggressore sullo stesso piano, compiono una inevitabile diffusione delle responsabilità contraria ai processi di svincolo. Le Nazioni Unite (2010) hanno affermato esplicitamente “ *la legislazione deve vietare esplicitamente ogni mediazione nei casi di violenza contro le donne prima o durante la procedura giudiziaria*”. La Convenzione del consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul, 2014): all'Art. 48 *indica “ Le parti devono adottare le necessarie misure legislative o di altro tipo per vietare il ricorso obbligatorio a procedimenti di soluzione alternativa delle controversie, incluse la mediazione e la conciliazione, in relazione a tutte le forme di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione”* e l'Art. 31 (Custodia dei figli, diritti di visita e sicurezza) recita che: “*Le parti adottano misure legislative o di altro*

tipo necessarie per garantire che, al momento di determinare i diritti di custodia e di visita, siano presi in considerazione gli episodi di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione. Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per garantire che l'esercizio dei diritti di visita o di custodia dei figli non comprometta i diritti e la sicurezza della vittima o dei bambini”.

Molto spesso la domanda ricorrente è perché la donna non lascia il maltrattante o dopo averlo lasciato e denunciato ritorna sui suoi passi? Le risposte appartengono al regno della paura, della dipendenza economica ed esistenziale, del sentimento di abbandono relazionale da parte della rete parentale di riferimento, del terrore di non essere credute, di perdere i figli o di non riuscire a proteggerli da un padre violento. Le risposte appartengono alla fragilità di un supporto sociale, giuridico e di comunità che le lascia ancor'oggi troppo sole ed esposte alle ritorsioni. L'incontro con gli operatori sociali e sanitari è uno snodo fondamentale. La domanda ricorrente è: “Lei mi crede?” “Mi posso fidare di te?” solo da questo passaggio fondamentale può iniziare un racconto e una storia di liberazione e riscatto. *“Ogni volta che racconto la violenza e come se ingoiassi pietre”* Per poterlo fare la donna deve trovare un terreno pronto, preparato per depositare e seppellire le sue bombe; un terreno reso fertile dalla formazione dalla condivisione di casi e di storie con gli altri professionisti della rete, un terreno maturo, in grado di trasformare quelle bombe in possibili germogli.

BIBLIOGRAFIA

- Alessandrini G. (2002). *Pedagogia della formazione nella società della conoscenza*. Milano: Franco Angeli
- Baldry A. (2010). *Spousal Assault Risk Assessment*.
- Bem S. L. (1974). *The measurement of psychological androgyny*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(2), 155.
- Brunet A., Weiss D. S., Metzler T. J., Best S. R., Neylan T. C., Rogers C., ... & Marmar C. R. (2001). *The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2*. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485.
- Campbell J. C., Jones A. S., Dienemann J., Kub J., Schollenberger J., O'Campo P., ... & Wynne C. (2002). *Intimate partner violence and physical health consequences*. *Archives of internal medicine*, 162(10), 1157-1163.
- Campbell J. C., Webster D., Koziol-McLain J., Block C., Campbell D., Curry M. A., ... & Laughon K. (2017). *Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study*. In *Domestic Violence* (pp. 135-143). Routledge.
- Coleman F. L. (1997). *Stalking behavior and the cycle of domestic violence*. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(3), 420-432.
- Darwin C. J., Turvey M. T., & Crowder R. G. (1972). *An auditory analogue of the Sperling partial report procedure: Evidence for brief auditory storage*. *Cognitive Psychology*, 3(2), 255-267.
- Dutton D. G. (1995). *Male abusiveness in intimate relationships*. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 567-581.
- Goleman D. (2011). *Emotional mastery*. *Leadership Excellence*, 28(6), 12-13.
- Grezzi C. (2003). *Istituzioni e violenza: documenti sulla lotta contro la violenza alle donne*, Regione Emilia Romagna – Bologna

- Herman J. L. (2005). *Justice from the victim's perspective. Violence against women*, 11(5), 571-602.
- Herman J.L. (1997). *Trauma and recovery*, New York: Basic Books
- Horowitz M. et al (1979). *Psychosom Med* 41: 209-218
- Isdal P., Rakil M. (2000). *Impossible men or men with potential*

- Lisak D. (1994). *Subjective Assessment of Relationships With Parents by Sexually Aggressive and Nonaggressive Men*. University of Massachusetts-Boston
- Mosconi G. (1990). *Discorso e Pensiero*, Il Mulino
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Rome (Italy). Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra Uomo e Donna, (2003). *La mente, il cuore, le braccia e _: guida alla salute delle donne*. Reale E. (Ed.). Dipartimento per l'informazione e l'editoria (IS).
- Reale E., Sardelli V., Cuccurese C., & D'Angelo V. (2018). *Depressione nelle donne: un'epidemia silenziosa*. La camera blu. Rivista di studi di genere, (19).
- Reale E. (2011). *Maltrattamento e violenza sulle donne: Criteri, metodi e strumenti per l'intervento clinico*, FrancoAngeli.
- Reale E. (2021). *La violenza invisibile sulle donne: Il referto psicologico: linee guida e strumenti clinici*, FrancoAngeli.
- Ruspini E. (2003). *Le identità di genere*, Roma, Carocci
- Schimmenti V., & Craparo G. (2014). *VIOLENZA SULLE DONNE. Aspetti psicologici, psicopatologici e sociali*. FrancoAngeli.
- Seligman M. E., & Campbell B. A. (1965). *Effect of intensity and duration of punishment on extinction of an avoidance response*. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 59(2), 295.
- Sherriffs A.C., McKee J.P. (1957). *Qualitative Aspects of Beliefs About Men and Women*. Journal of Personality, XXV, 4, 451-464
- Spence J. T., & Helmreich R. L. (1979). *Comparison of Masculine*

- and Feminine Personality Attributes and Sex-Role Attitudes Across Age Groups*. *Developmental Psychology*, 15(5), 583–584.
- Walker L.A. (1983). *The battered woman*. New York.
 - Weathers F. W., Litz B. T., Herman D. S., Huska J. A., & Keane T. M. (1993, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. In annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX (Vol. 462).
 - World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization.

SITOGRAFIA

- <http://www.udiravenna.it/2019/10/15/ombre-di-un-processo-per-femminicidio-36-fuori-sacco/>
- <https://www.dors.it/tema.php?idtema=51#:~:text=%C3%88%20ritenuta%20una%20violazione%20dei,indivisibile%20dei%20diritti%20umani%20universali.>
- <http://www.fondazionezaninoni.org/pdf/Pechino1995.pdf>
- https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1154235.pdf?_1573172555581
- <https://comune-info.net/la-violenza-invisibile/>
- <https://www.istat.it>
- <https://www.conventions.coe.int>
- <https://www.sociale.regione.emilia-romagna.it>
- <https://www.cismai.org>

Con il Contributo di:



CASAMATHA
·SCHOLA PISCATORUM·
RAVENNA

Finito di stampare ottobre 2021

