

Elvira Reale, Rosaria Aitoro, Clelia Amore, Giusi Balsamo, Valentina Caso, Carla Cuccurese, Giusy Forte, Anna Gargiulo, Flavia Lualdi, Simona Piemontese, Ida Renzullo

Percorso rosa nel Centro integrato per l'assistenza alle donne vittime di violenza di genere (domestica, sessuale e stalking) dell'Ospedale San Paolo di Napoli

The “Pink Pathway” center to support women victims of violence (domestic, gender violence and stalking) at the Emergency Unit of San Paolo Hospital in Naples

Abstract

Il *percorso rosa* presso l'Ospedale San Paolo di Napoli è un percorso di prima accoglienza in pronto soccorso dedicato alle donne che subiscono violenza e che riportano danni alla loro salute. All'interno del Percorso rosa a Napoli dal 2009 è stato introdotto accanto agli strumenti medici di rilevazione dei danni fisici, un nuovo strumento diagnostico: il referto psicologico. Esso è il prodotto di un intervento specifico di ascolto delle donne vittime di violenza, di visualizzazione degli effetti psicologici post-traumatici, con raccolta puntuale del riferito e dei vissuti espressi dalla donna nelle immediatezze dei fatti.

Parole chiave: donne, violenza di genere, referto psicologico, raccolta dati

Abstract

The “Pink pathway” center at the San Paolo Hospital in Naples is a first aid reception programme for women victims of violence and whose health has been damaged. In 2009 a new diagnostic instrument, the psychological report, was introduced within the “Pink Pathway” in Naples along with medical instruments to detect physical injuries : This is the result of a specific intervention involving listening to women victims of

violence and visualizing post-traumatic psychological effects with accurate reports of the experiences of the woman soon after the violent event.

Keywords: women, gender violence, psychological report, data collection

Il *percorso rosa*, sperimentato nel Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo di Napoli, è mirato alle donne, e prevede attività di diagnosi e cura degli esiti fisici e psicologici della violenza. Il percorso rosa è prima di tutto un programma dedicato alle donne vittime di violenza di genere, e nasce prima della ratifica della Convenzione di Istanbul ma s'inquadra nei servizi generici richiesti dalla stessa. La Convenzione di Istanbul approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 ed entrata in vigore nel 2014, si propone di prevenire e contrastare la violenza sulle donne e la violenza domestica, attraverso le quattro P: Prevenzione, Protezione, Punizione degli autori di violenza, Politiche integrate. Il percorso rosa nell'ospedale San Paolo, è pertanto parte di una politica integrata del territorio campano e, diversamente da altri percorsi organizzati in questi anni in altre regioni, si applica alle donne che hanno subito violenze (psicologiche, fisiche e sessuali). Essa include anche i minori in quanto vittime di maltrattamento assistito in rapporto alla violenza perpetrata sulle loro madri.

Il *percorso rosa*, ovvero l'utilizzo della terminologia 'rosa' è storicamente in funzione di un progetto mirato alle donne perché la maggioranza degli esseri umani che vivono la violenza sono donne (OMS, 2013).

Il Presidio ospedaliero San Paolo è stato il primo ospedale della Regione ad aver promosso nel 2009 un progetto pilota sul '*percorso rosa*' avente come obiettivo generale il contrasto alla violenza sulle donne e in particolare la violenza sessuale, la violenza domestica (che si compone di violenza fisica, psicologica, economica, e anche sessuale) e lo stalking non tanto quello di un corteggiatore o persona molesta, quanto quello perpetrato per massima parte da ex partner e/o ex-conviventi con eventuali figli in comune con la vittima.

- Il *percorso rosa* è un percorso di prima accoglienza al pronto soccorso dedicato alle donne che subiscono violenza e che riportano danni alla loro salute evidenziabili oggettivamente attraverso un'accurata osservazione medica e psicologica.

- Il *percorso rosa* è definito prima di tutto da una procedura integrata d'interventi medico-ginecologici, psicologici e pediatrici mirati a dare un ventaglio di risposte sanitarie nell'emergenza alla vittima di violenza. Il *percorso rosa* rappresenta in questo modo la piena assunzione di responsabilità della struttura sanitaria di fronte alla violenza contro le donne che viene riconosciuta come tale e i cui effetti sono diagnosticati e curati come tali (con una eziologia appropriata e definita).

- Il *percorso rosa*, oltre che da procedure codificate di accoglienza, diagnosi e trattamento delle vittime per le varie tipologie di violenza, è rappresentato anche dalla costituzione di una rete intra-ospedaliera di operatori e servizi (medici, chirurgici, ginecologici, pediatrici e psicologici e di altri specialisti, se del caso) e di una rete extra-ospedaliera, territoriale di vari attori pubblici e privati, che comprende, sia la rete dei centri anti-violenza accreditati, sia la rete istituzionale dei servizi sociali, delle Forze dell'Ordine, delle Procure.

- Il *percorso rosa* si attiva quando una donna arriva in Pronto soccorso e rivela di aver subito una violenza o mostra segni indiretti di questa violenza. Nel pronto soccorso è attiva la *task force* di operatori medici e infermieri formati alla prima accoglienza e all'individuazione degli eventi di violenza. La donna refertata per violenza sessuale, domestica o stalking è assistita sul piano medico da personale preparato a fare valutazioni diagnostiche e prognostiche appropriate agli eventi di violenza e al loro riconoscimento, nonché con attività di collegamento in rete con i e le referenti operatori territoriali.

Al termine del processo di accoglienza-assistenza medica in emergenza, attraverso l'assistenza intra-ospedaliera che prevede più interventi a secondo delle necessità, la donna è indirizzata (previo suo consenso) al secondo step del *percorso rosa* che prevede l'invio all'assistenza psicologica ed, eventualmente o se del caso, anche all'assistenza pediatrica per i minori che hanno assistito alla violenza e che presentino esiti di shock traumatico.

All'esito di questo percorso intra-ospedaliero, che può avvenire anche in più giorni consecutivi, ma ravvicinati, sarà prodotto un doppio rapporto medico/psicologico complesso, costituito da più referti integrati tra loro: il referto medico (internistico o chirurgico e/o ginecologico in caso di violenza sessuale) e il referto psicologico. Sarà possibile per la donna (in caso di minori traumatizzati per aver assistito alla violenza sulla madre) condurre i figli nel Pronto soccorso pediatrico con l'accompagnamento della psicologa dello sportello anti-violenza per una valutazione medico-pediatrica e

psicologica sullo stato psico-fisico del minore. La possibilità di fare più referti integrati tra loro è previsto dall' art. 334 del c.p.c. comma 3 quando dice: “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”.

Tra i referti si sottolinea come il referto psicologico¹ costituisca l'elemento innovativo centrale del rapporto medico-ospedaliero che mette insieme le esigenze di prima assistenza medica e psicologica delle vittime con le esigenze di tutela della salute dei minori e di attivazione di procedure per la messa in sicurezza congiunta delle donne vittime e dei loro figli minori.

Attività di accoglienza e refertazione psicologica in Pronto Soccorso

Le fasi del percorso psicologico in Pronto soccorso:

1. ascoltare le preoccupazioni della donna e informare la donna dei suoi diritti;
2. sviluppare consapevolezza circa gli esiti della violenza sulla salute personale e dei minori che vi assistono, offrire sostegno, de-colpevolizzare e individuare e restituire le responsabilità degli atti violenti all'autore di violenza;
3. osservare e documentare lo stato di salute della donna circa la presenza di un disturbo traumatico correlato ai fatti riferiti di violenza;
4. raccogliere e documentare il racconto delle violenze in dettaglio:
 - A. descrivere l'evento traumatico attuale e le circostanze dei fatti oggetto del referto, con raccolta del riferito e del vissuto della vittima;
 - B. svolgere, con l' anamnesi, l'analisi di contesto dei pregressi eventi traumatici connessi ad altri episodi di violenza (collegamento con precedenti referti);
5. dare rilievo alla presenza di minori sulla scena della violenza, documentare gli esiti riferiti (dalla madre) del maltrattamento assistito (Ris. 1714/2010 del Consiglio di Europa) e riferire i bambini all'UO di pediatria per l'osservazione diretta medica/psicologica (se del caso);
6. valutare la sicurezza attraverso gli indicatori appropriati come la 'Presenza di timori e indicatori di rischio per la vita' (Campbell, et al.,1995-2009); approntare misure

¹Il referto psicologico è una pratica del tutto innovativa nel panorama nazionale dell'assistenza sanitaria ospedaliera elaborata dalla UOC di Psicologia Clinica della ASL Napoli 1 Centro con la collaborazione dell'Associazione Salute Donna

di sicurezza per la donna e i minori anche in autotutela oltre che richiederle all'Autorità Giudiziaria;

7. valutazione diagnostica (stato psichico attuale, correlazione con gli eventi di violenza riferiti) e prognostica (interventi ulteriori da attuare per la salute e la sicurezza, riferimento alla rete extra-ospedaliera).

8. fornire indicazioni di trattamento, raccomandazioni e invii: necessità di ulteriori osservazioni (donna e minori), sostegno psicologico, raccomandazione sulle misure di cautela per l'immediata cessazione del rischio in attesa dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (AG).

9. rinvii alla rete extra-ospedaliera con indicazioni a tutte le istituzioni coinvolte (interventi ulteriori da attuare con riferimento alla rete di servizi territoriali come servizi sociali, centri anti-violenza, ecc.)

Terminate, con l'intervento psicologico, le attività di assistenza medico-psicologica integrata all'interno dell'ospedale, di cui i referti sono un esito imprescindibile dell'attività diagnostica e prognostica quando è presente (anche solo presuntivamente, sta poi all'AG definire il quadro giuridico; all'operatore è dato solo il compito di segnalare possibili reati a procedibilità di ufficio) un collegamento con un reato come la violenza domestica (maltrattamento in famiglia art. 572 c.p.p., o le minacce gravi, o ancora le lesioni superiori a 20 giorni) si apre la fase immediatamente successiva che prevede, sulla base delle esigenze emerse dal rapporto clinico (rapporto/referto medico-psicologico integrato), l'immediata presa di contatto con le realtà territoriali esterne all'ospedale per indirizzare, orientare, accompagnare la donna nelle ulteriori procedure di tutela della salute e di sicurezza sia personale e sia dei minori.

Il pronto soccorso funge da punto di snodo della rete territoriale con il *centro integrato di prima assistenza alle vittime di violenza*. In seguito all'intervento sanitario di rete intra-ospedaliera la donna prosegue all'esterno con un accompagnamento e presa in carico in un percorso organizzato e definito da protocolli di intesa e/o da accordi interistituzionali anche a livello territoriale e locale.

Il percorso extra-ospedaliero del PO San Paolo è definito nel protocollo d'intesa interistituzionale, costituito da una rete contro la violenza alle donne siglato² nello stesso anno della nascita del Percorso rosa intra-ospedaliero (2009) tra Comune di Napoli (con

² Protocollo di intesa sottoscritto il 27/11/2009 a seguito della deliberazione di G.C. n.1674 del 16/10/2008.

i servizi sociali territoriali e la polizia municipale) l'Azienda Sanitaria ASL Napoli, l'Azienda Ospedaliera Cardarelli, la Procura del Tribunale Ordinario e la Procura del Tribunale dei Minori, Questura e Comando dei Carabinieri, nonché le associazioni del territorio con il Centro anti-violenza.

Successivamente, la ASL Napoli1 ha partecipato a un protocollo di intesa per la costruzione della rete anti-violenza su base provinciale. Da questo protocollo d'intesa sono nate le collaborazioni a livello di distretti e municipalità territoriali della città di Napoli per la costruzione di un sistema sinergico di reti intorno alla singola donna vittima di violenza in rapporto alla sua collocazione e residenza.

Questa organizzazione fa riferimento a esigenze e necessità cogenti della vittima e dei suoi più stretti familiari (in genere i figli minori, ma non solo). Queste necessità implicano un approccio multisettoriale e vengono condivise con le altre istituzioni:

- le Forze dell'Ordine (FFOO) e la Procura (Pubblico Ministero - PM - di turno per l'emergenza) per le immediate esigenze di messa in sicurezza con provvedimenti *ad horas* (o nel più breve tempo) di allontanamento o divieto di avvicinamento. Tali provvedimenti con la legge 119/2013 sono attivati nell'emergenza dalle FFOO "previa autorizzazione del PM".

- La procura dei Minori e i Servizi sociali territoriali (o la centrale operativa del Comune per l'emergenza sociale), ogni volta che vi siano implicati minori per il maltrattamento (diretto o assistito) perché tutelino la coppia madre-figli, al fine di evitare la vittimizzazione secondaria delle donne che procede dai comportamenti negazionisti e calunniosi dei partner o ex-partner violenti verso le loro vittime) e trovino una collocazione *ad horas* in caso di necessità e indisponibilità della casa di accoglienza per donne maltrattate (la prima a essere contattata in queste evenienze).

- Altri servizi territoriali, compresi i servizi sanitari per la presa in carico a lungo termine (consultori e servizi di salute mentale), la scuola, sempre in caso di minori coinvolti perché siano informati correttamente sulle vicende del nucleo familiare; o il luogo di lavoro, se la donna è esposta anche sul posto di lavoro e occorrono anche tutele in quel luogo. Di recente nel *Jobs Act*, precisamente con *l'art. 24 del D. Lgs. n. 80/2015*, è stato introdotto il diritto per le lavoratrici dipendenti di assentarsi dal posto di lavoro se vittime di violenza di genere.

- I centri anti-violenza e le associazioni anti-violenza, che accolgono donne con progetti personalizzati di uscita dalla violenza e forniscono sia l'assistenza legale e

processuale e soluzioni riabilitative nel lungo periodo monitorando anche nel tempo l'efficacia dei percorsi intrapresi.

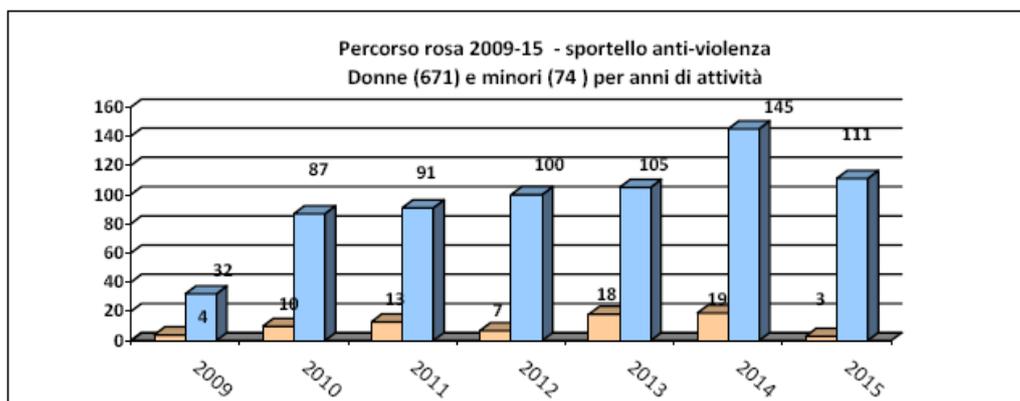
Il *percorso rosa* del PO San Paolo ha nella rete un punto di contatto privilegiato con il Centro anti-violenza del Comune di Napoli, il centro con maggiore esperienza e competenza della città, cui inviare la donna non solo per la consulenza e assistenza legale a gratuito patrocinio (legge 119/13), ma per la complessiva presa in carico della donna che va seguita e monitorata nel percorso iniziato all'interno dell'ospedale.

Le tappe di questo percorso tra ospedale - pronto soccorso - e servizi territoriali, associazioni/centri anti-violenza e le altre istituzioni territoriali sono contrassegnate sia da contatti diretti sia via fax, telefono, via e-mail. Attraverso questi contatti diretti si mette a conoscenza la singola istituzione, il singolo operatore (di cui si prendono i dati di riferimento) della condizione di rischio che corre la donna e della necessità di mettere in atto presidi di tutela immediati. L'attività di definizione della rete intorno alla singola donna coinvolge direttamente la vittima con cui si stabilisce un piano immediatamente successivo, che partecipa alle comunicazioni ed è al centro di tutti i passaggi che la riguardano e che hanno a oggetto la sua incolumità e quella dei figli. Inoltre alla donna, prima di chiudere l'intervento in ospedale, vengono dati tutti i riferimenti reperiti per il suo caso, gli appuntamenti presi, i nomi dei responsabili dei servizi contattati e i loro riferimenti telefonici e di fax.

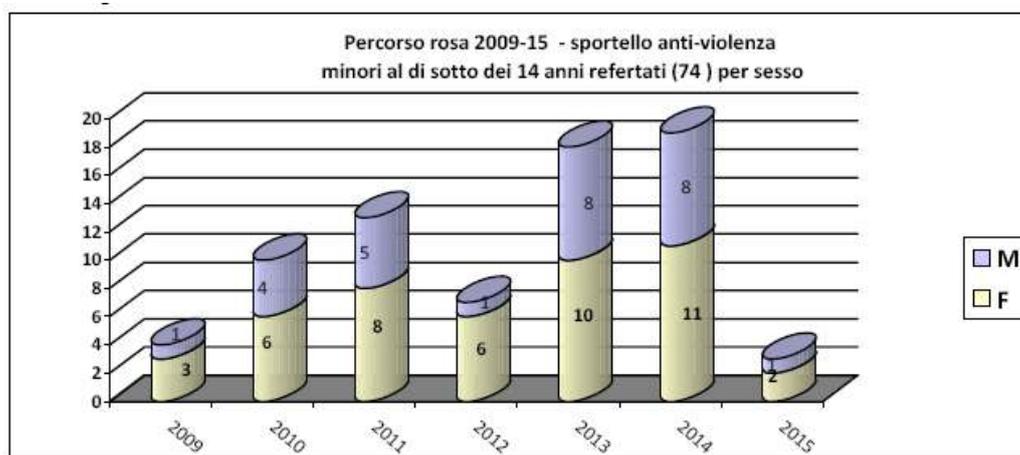
Il *percorso rosa* termina quindi all'interno dell'ospedale con un programma di sostegno condiviso con la donna che la rinvia alla rete dei servizi anti-violenza attivati per lei a misura delle sue specifiche esigenze. Ciò costituisce per la donna la possibilità di aumentare la consapevolezza sulla sua situazione e di sentirsi sostenuta nella costruzione di un'alternativa per uscire dalla violenza. Quando la donna viene dimessa può mantenere come punto di riferimento l'operatore del *centro integrato ospedaliero di assistenza per le vittime di violenza*, che resta il/la suo/a referente e garante nel caso si verificano difficoltà nel percorso di affidamento agli altri servizi.

I dati emersi dall'attività dello sportello ascolto anti-violenza del pronto soccorso San Paolo negli anni 2009-15

Nel corso degli anni 2009-15 sono state accolte 671 donne al di sopra dei 14 anni e 74 minori (maschi e femmine) al di sotto dei 14 anni per problemi relativi al maltrattamento assistito o diretto.

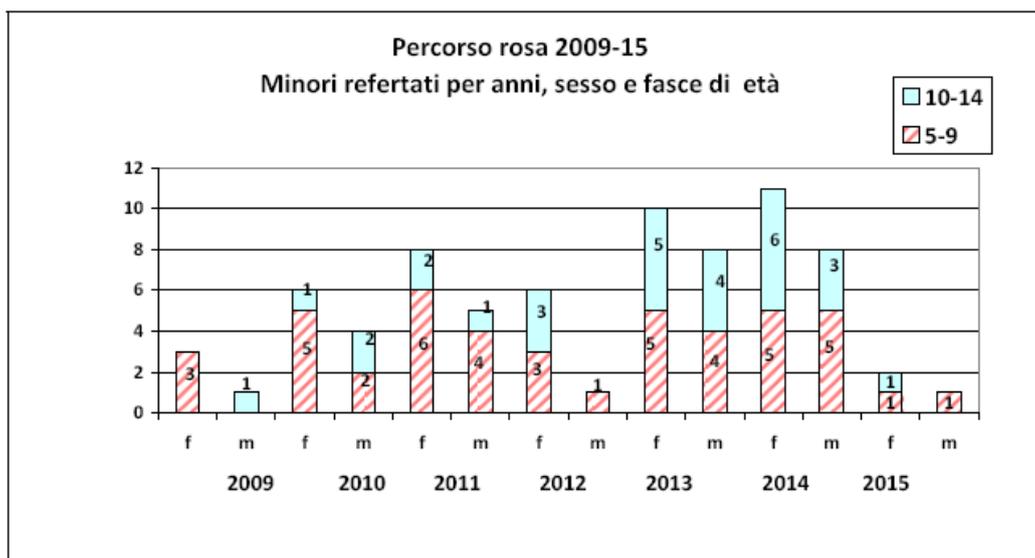


Il grafico sottostante rappresenta i 74 minori suddivisi per sesso con una prevalenza di femmine (61%).

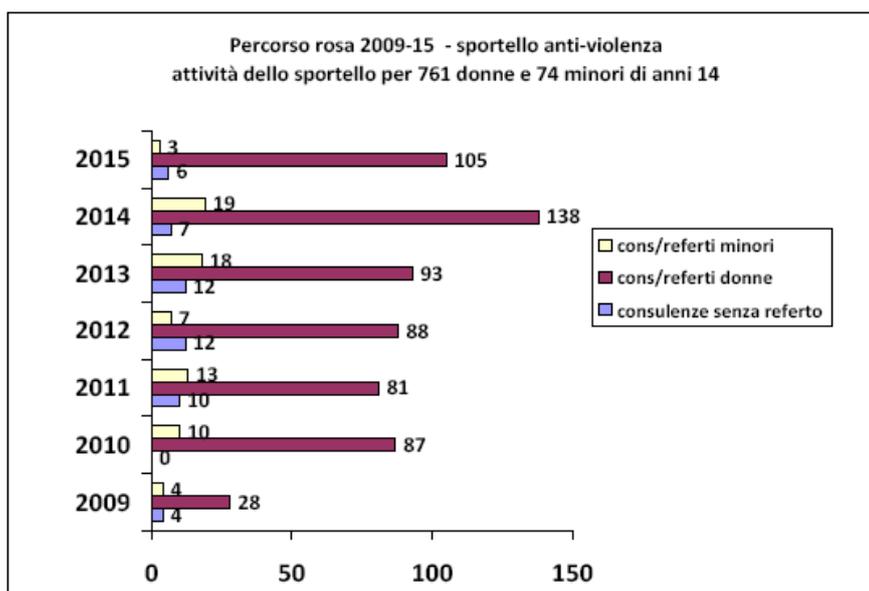


Il grafico seguente mostra le età dei minori di anni 14 refertati suddivisi per fasce di età: 5-9 anni (42 minori) e 10-14 (29 minori).

I minori in via prevalente sono stati refertati per maltrattamento assistito, circa del 40% anche per maltrattamento diretto associato a quello assistito e 11 minori sono stati refertati per abuso sessuale.

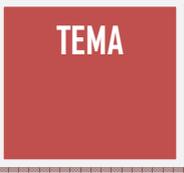


Nel grafico seguente è rappresentata la specifica attività psicologica condotta all'interno dello sportello consistente in consulenze (definita da tutta l'attività di accoglienza in pronto soccorso e di re-indirizzamento alla rete esterna) senza refertazione psicologica o con refertazione, quando la donna lo richiede e dà il suo consenso.

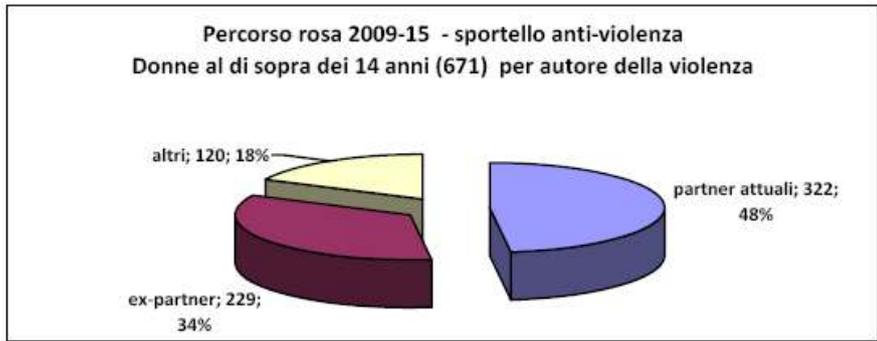


L'attività di refertazione psicologica è un processo complesso che parte dall'accoglienza e con il consenso informato della donna procede in un'attività di rafforzamento del referto medico di cui il referto psicologico è integrazione. Il referto psicologico segue il percorso del referto medico che giunge all'AG . Tale referto non implica che la donna debba sporgere una denuncia/querela. In genere la nostra refertazione che approda attraverso le FFOO sulla 'scrivania' di un PM, se non è

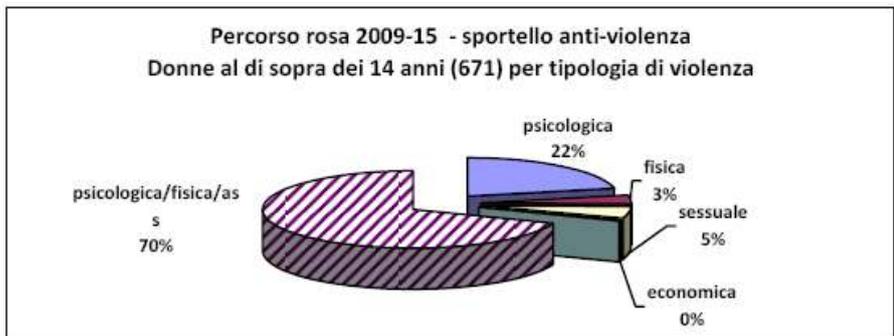
sostenuta dalla denuncia/querela della persona offesa, non ha molte possibilità di arrivare al processo, a meno che non vi siano prove schiaccianti al di là della testimonianza della persona offesa e si proceda ex ufficio (cosa che difficilmente succede nei casi consueti di maltrattamento in famiglia).



Il profilo della violenza



□ Dall'analisi della nostra casistica emerge che la violenza prevalente è quella del partner attuale o ex (insieme costituiscono l'82% dei casi). Ciò significa che le donne che arrivano in Pronto soccorso sono in prevalenza in un rapporto di coppia e a seguire in una fase in genere di prima separazione (in media da sei mesi). A seguire gli altri autori delle violenze sono: altri familiari, conoscenti, sconosciuti, per un totale del 18%.



Si rileva che:

□ Le donne sono vittime di più tipi di violenza combinate assieme: economica, fisica, sessuale, e psicologica.

□ Tra le violenze intrafamiliari quella psicologica è la più diffusa e trasversale: se presente da sola (22% dei casi), ma in genere è associata ad altri tipi

di maltrattamenti e di preferenza ai maltrattamenti fisici (70%). La violenza sessuale è presente da sola nel 5% dei casi; la violenza fisica da sola solo nel 3% dei casi: per un totale di 8%, dato corrispondente a quello rilevato nell'indagine europea dell'agenzia per i Diritti Fondamentali (FRA, 2014)³.

La violenza sessuale quando associata a maltrattamenti nella relazione di coppia non acquista una sua evidenza autonoma. Nei colloqui la donna ha molte resistenze e la rivela solo in seguito a domande specifiche sul rapporto sessuale.

□ Il dato emergente dalla nostra casistica, diversamente da quanto rilevato dall'ISTAT nel 2015⁴, è che la violenza psicologica è quella più diffusa e trasversale. Essa infatti nella nostra indagine - di tipo clinico - è presente e associata con altri tipi di violenza e comunque nel 71% dei casi. Inoltre, la violenza psicologica compare più frequentemente da sola come forma di violenza (22% dei casi). In questo caso la donna ha più difficoltà a individuarla e denunciarla: costituirebbe la così detta violenza invisibile. Il dato della violenza psicologica come violenza esclusiva è in linea con il dato europeo: *“Nel complesso dell'Unione Europa, il 22% delle donne ha subito violenza psicologica dal partner attuale”*. E inoltre:

La maggior parte delle donne che ha subito diverse forme di violenza psicologica ha anche indicato nell'indagine che il proprio partner attuale ha compiuto atti di violenza fisica e/o sessuale nei loro confronti (FRA,2014).

□ Le violenze fisiche e sessuali in famiglia sono sempre abbinate alla violenza psicologica.

□ L'abbinamento più frequente tra le tipologie di violenze è quella psicologico-fisica.

□ Le violenze sessuali avvengono in parte al di fuori della famiglia (conoscenti o sconosciuti), e in parte tra le mura domestiche.

³ Il dato sulla violenza fisica e sessuale corrisponde a quello della ricerca Europea da noi utilizzato come confronto, tenendo presente che la nostra intervista clinica si basa essenzialmente sulle violenze dell'ultimo anno "Circa l'8 % delle donne ha subito violenza fisica e/o sessuale nei 12 mesi precedenti l'intervista dell'indagine".

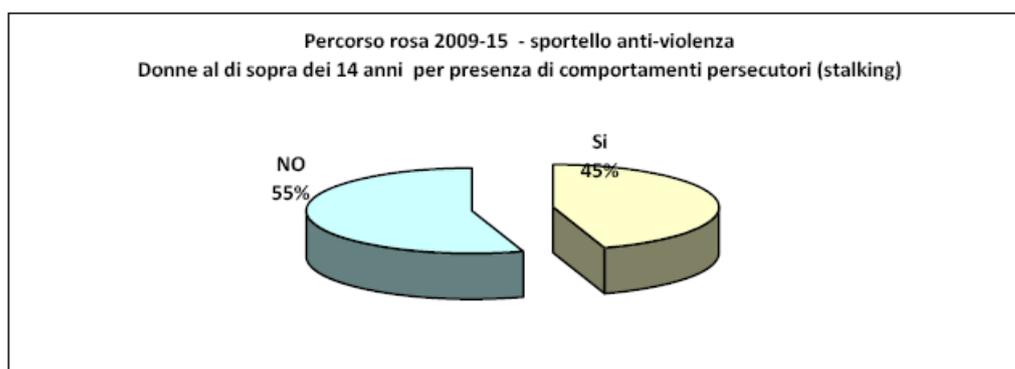
⁴ ISTAT, 2015, *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia* Anno 2014. "E' in calo sia la violenza fisica sia la sessuale, dai partner e ex partner (dal 5,1% al 4% la fisica, dal 2,8% al 2% la sessuale) ; In forte calo anche la violenza psicologica dal partner attuale (dal 42,3% al 26,4%), soprattutto se non affiancata da violenza fisica e sessuale".

Avviene tra le mura domestiche principalmente quando la donna manifesta la sua intenzione a separarsi.

Le violenze sessuali sono comunque sotto il 4% dei casi, e rientrano quasi sempre tra le violenze dell'ultimo periodo (ultimi mesi), tra quelle cioè che muovono la donna a denunciare e a venire in Pronto soccorso a chiedere aiuto.

Le violenze economiche e sessuali all'interno della coppia sono meno facilmente riconosciute dalle donne e quindi vanno indagate in modo specifico. La donna tende a riconoscere direttamente solo la violenza fisica e in genere si presenta al Pronto soccorso solo quando ha sul corpo gli esiti visibili di una violenza fisica. Anche la violenza sessuale all'interno della coppia è difficilmente riconosciuta dalla donna. Anche per questo aspetto è necessario svolgere una specifica indagine. In più la donna vive le imposizioni sessuali nella coppia con profondo senso di vergogna.

Lo stalking è stato individuato nel 45% dei casi con comportamenti tipici di pedinamento, persecuzione telematica, appostamenti, ecc. e si associa a ogni altro tipo di maltrattamento (tipico degli ex-partner è anche il maltrattamento economico). Esso nella generalità dei casi è perpetrato da ex-partner. Infatti, coinvolge per lo più la donna nella fase del dopo separazione, ma ad oggi con il riconoscimento dello stalking o atti persecutori nella convivenza (legge 119/13) lo si individua anche nella fase di vita della coppia aggiungendosi così alle altre tipologie di maltrattamento familiare. Lo stalking nella vita di coppia si evidenzia a partire dall'acquisizione di autonomia da parte della donna (ad esempio una donna che decide di lavorare o che non sottosta più alle richieste di controllo del partner e inizia a uscire, a vedere familiari o amici).



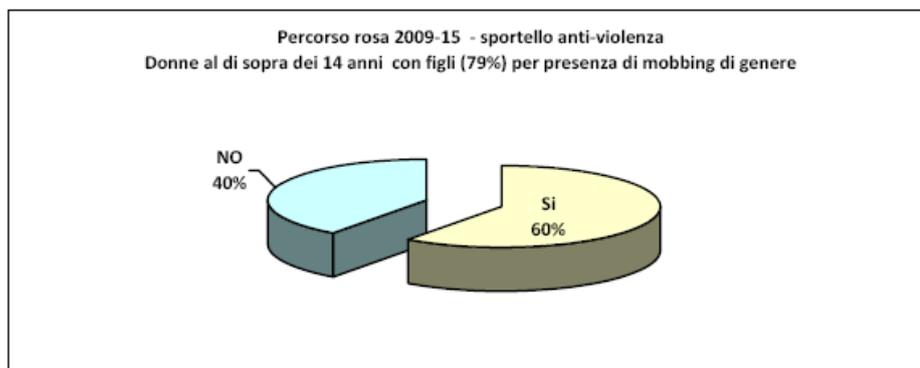
I dati rilevati, provenendo da interviste di tipo clinico, riescono a coniugare le violenze e i maltrattamenti all'interno della coppia nella fase pre e post separazione analizzando anche le varie forme di stalking che si assommano alle

altre forme di violenza. I comportamenti persecutori nella casistica rilevata tra le donne che si sono presentate in ospedale sono per il 45% in forma associata ad altri tipi di maltrattamento, e sono principalmente denunciati dalle donne nella fase iniziale della separazione. Abbiamo, infatti, il 20% di comportamenti persecutori nel corso della vita e 5% nell'ultimo anno.

□ La tipologia più frequente di violenza nello stalking è psicologico/verbale e comprende pressioni e intimidazioni spesso veicolate dai minori.

□ Lo stalking che ha anche come oggetto i minori utilizzandoli come strumento di "guerra" contro la partner è stato raccolto a parte sotto la voce 'mobbing di genere contro le madri'.

Le donne con figli (il 79% del nostro campione) ne sono colpite nel 60% dei casi. Esso consta di denigrazioni specificamente indirizzate ai minori e che riguardano modalità di essere e di comportamento della madre ("vostra madre è [...]non sa [...] non dovete fare come dice lei" ecc.).



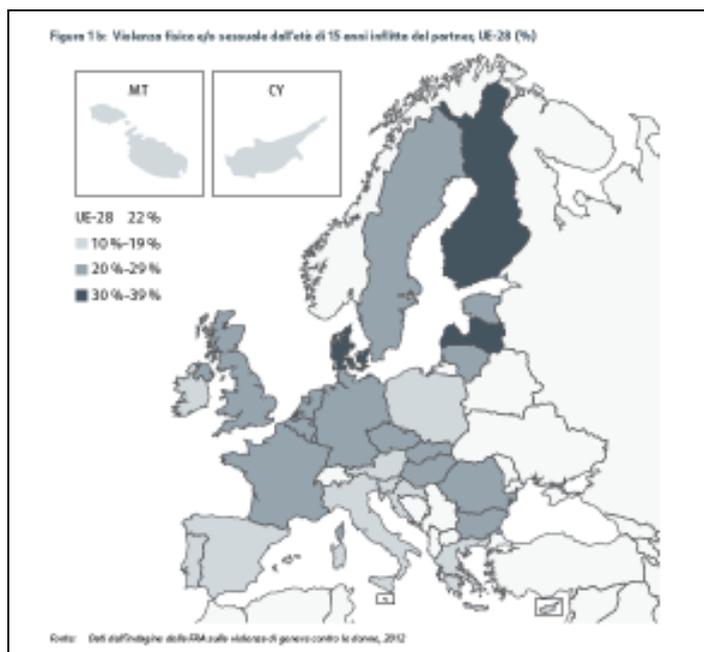
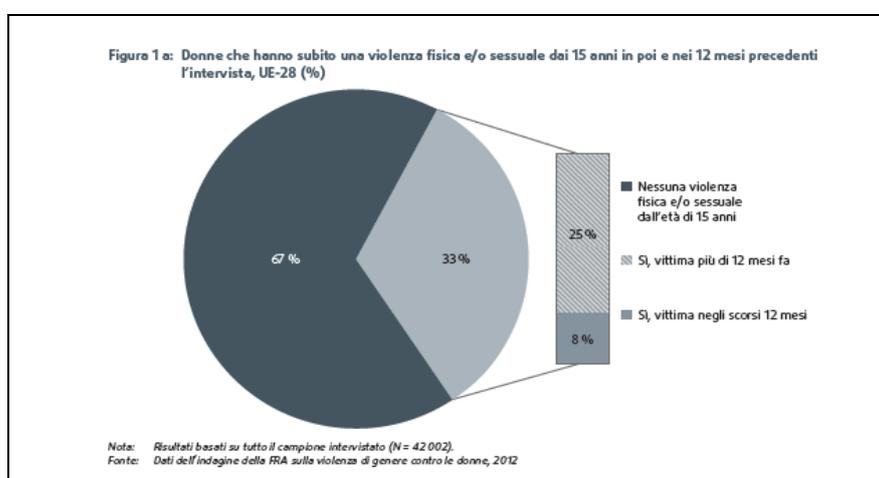
I nostri dati a confronto con quelli dell'indagine europea sulla violenza fisica, sessuale e psicologica (FRA,2014).



Violenza fisica e sessuale

Una donna su tre (33 %) ha subito violenza fisica e/o sessuale dopo i 15 anni e nei 12 mesi precedenti all'intervista (figure 1a).

Il 22% di donne dall'età di 15 anni in poi ha subito una violenza fisica o sessuale (figure 1b).

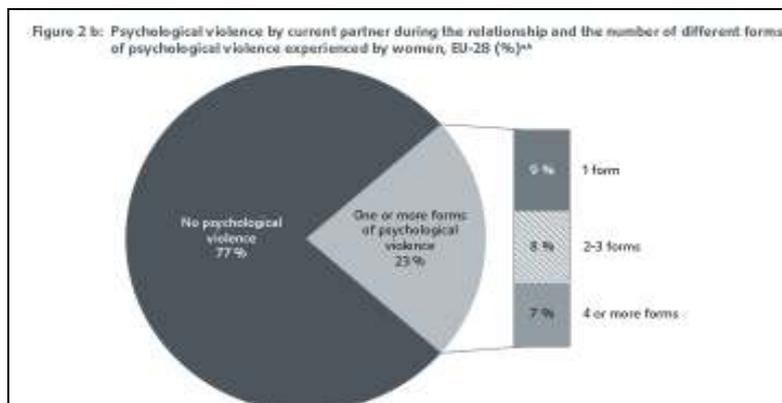
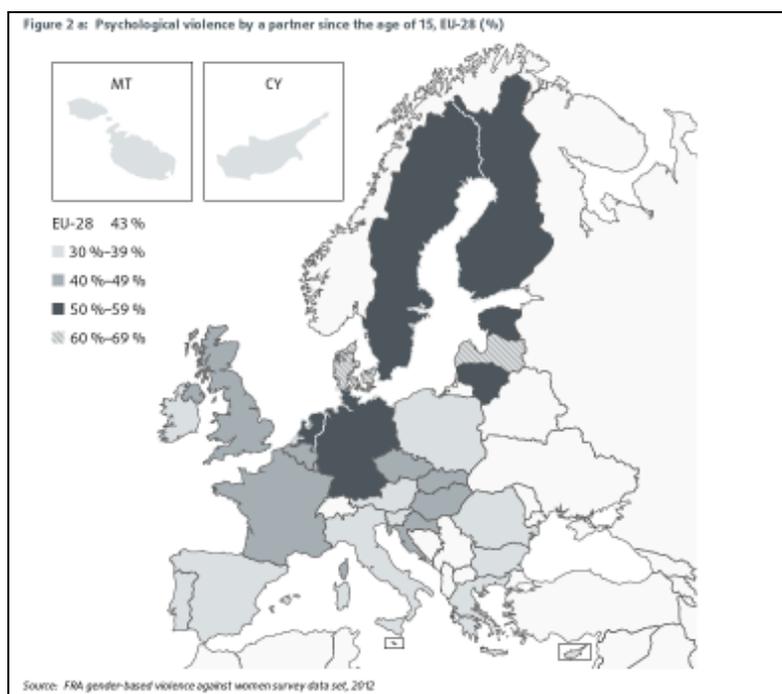


Violenza psicologica

TEMA

Nel complesso dell'Unione Europea, il 43 % delle donne ha subito una forma di violenza psicologica da parte del partner nell'arco della vita (Figura 2 a), e ha subito violenza psicologica dal partner attuale il 22% delle donne (Figura 2b).

La maggior parte delle donne che ha subito diverse (quattro o più) forme di violenza psicologica ha anche indicato nell'indagine che il proprio partner attuale ha compiuto atti di violenza fisica e/o sessuale nei loro confronti.

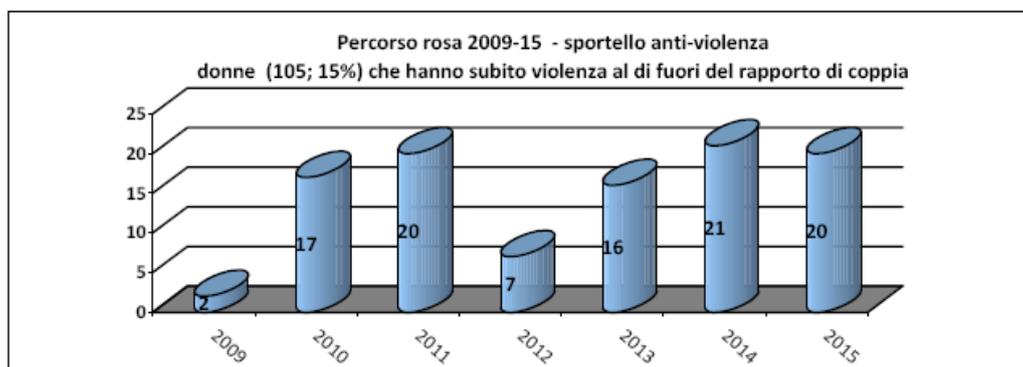


Gli indicatori per il rischio di letalità nella violenza di genere

Abbiamo anche raccolto dati che riguardavano i profili di rischio della violenza. Sono state monitorate le condizioni di rischio per la salute e la vita delle vittime seguendo le indicazioni internazionali e utilizzando la “Campbell Cecklist for Assessing Dangerousness”. La valutazione del pericolo (DA - Danger Assessment) è uno strumento progettato per valutare il rischio di mortalità o letalità che si verifica in un caso di violenza domestica (Campbell et al, 2009).

I dati raccolti saranno rappresentati sia sul totale delle donne refertate (671) sia relativamente alle sole donne che hanno subito violenza di genere all'interno di un rapporto di coppia, presente o passato, comprendente una relazione sessuale, sentimentale a qualsiasi titolo anche di breve tempo con convivenza o senza convivenza.

In rapporto, infatti, ai dati dell'autore di violenza si individuano le donne con una relazione di coppia e le donne che hanno subito violenza al di fuori della relazione (conoscenti, sconosciuti, vicini di casa, colleghi/datori di lavoro, familiari di vario tipo).



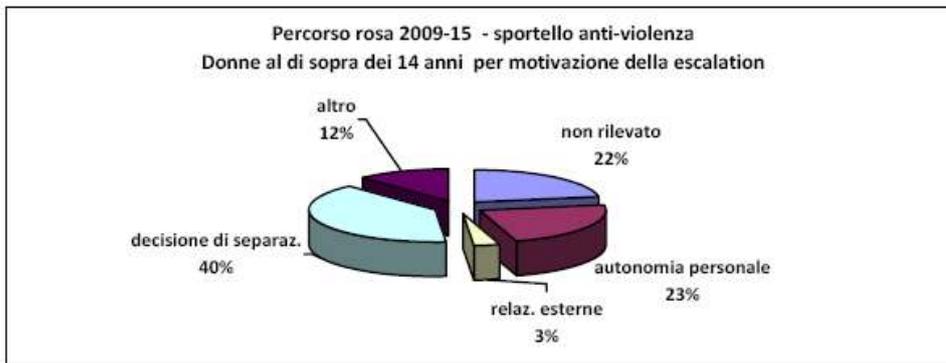
Ragioneremo quindi sui dati generali (671 donne al di sopra dei 14 anni) e sui dati relativamente al rapporto di coppia presente o passato (568 donne al di sopra dei 14 anni)

□ L'escalation della violenza si manifesta nella sua carica dirompente nell'arco degli ultimi sei mesi (39%) e di un anno (31%). L'escalation riguarda tutte le donne, anche quelle che hanno subito violenza al di fuori della coppia, a eccezione delle donne che hanno subito un'unica violenza, in genere sessuale, da uno sconosciuto o un conoscente (circa il 5% dei casi). In tutti i casi, infatti, si

possono avere comportamenti che nel tempo diventano più pressanti e fastidiosi e lesivi.



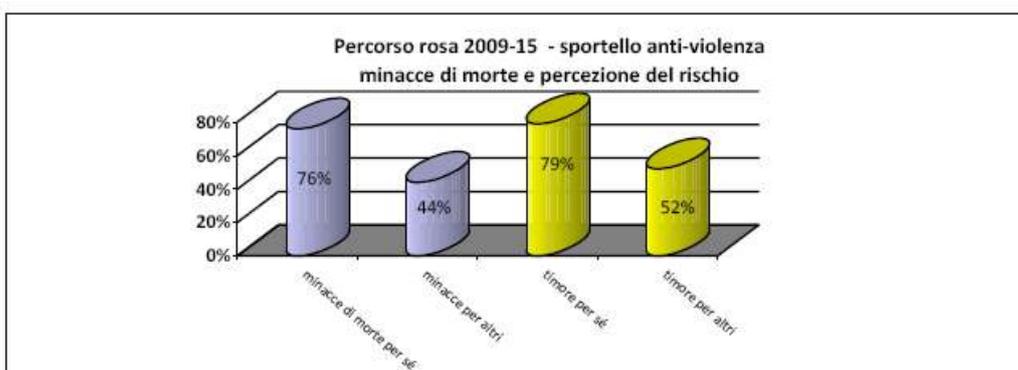
□ L'escalation nel 40% dei casi è motivata dalla decisione della donna di lasciare il partner e nel 23% dei casi da un comportamento di maggiore autonomia della donna nell'ambito della relazione.



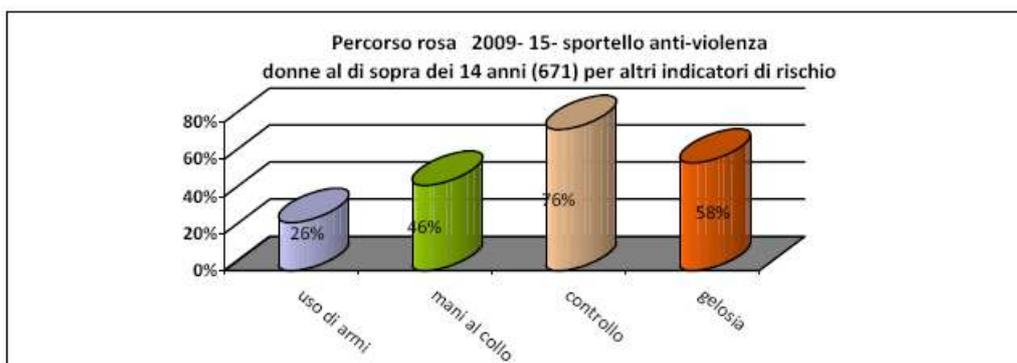
□ Queste percentuali della motivazione riguardano ovviamente più strettamente l'ambito della relazione di coppia e aumentano se si elimina dalla valutazione il 15% delle donne del nostro campione che ha subito violenza al di fuori di un rapporto di coppia (attuale o passato). Nel caso di questa seconda valutazione avremo quindi una percentuale più elevata di donne che esercita la propria autonomia e cerca di svincolarsi dal rapporto violento personale (circa l'80%).



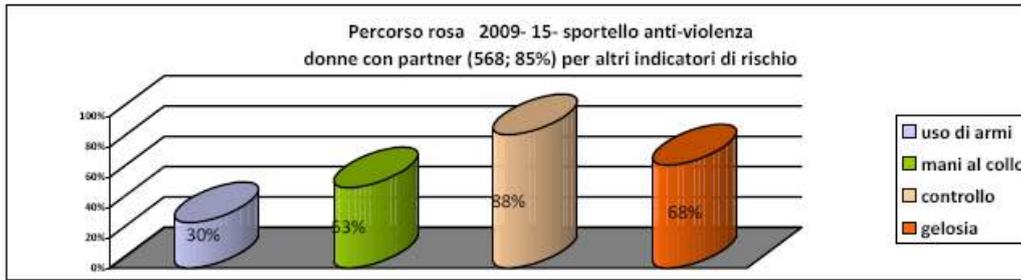
□ Il rischio femminicidio è stato rappresentato con la rilevazione di alcuni indicatori: le minacce di morte presenti nel 76% dei casi; le minacce di morte a terzi (altri familiari, raramente i figli) presenti nel 44% dei casi; la percezione del rischio, ovvero il timore e la paura che il partner possa attuare le minacce di morte: verso di sé (79%) e verso terzi, in genere figli o genitori (52%).



Le donne, nella percentuale indicata sotto, hanno evidenziato alcuni atteggiamenti e comportamenti del partner che le ricerche internazionali considerano maggiormente associati al rischio femminicidio nella relazione di coppia (Campbell et al, 2003, 2009) la presenza di gelosia del partner (58% dei casi), il controllo sistematico del partner (76% dei casi), le mani al collo (46% dei casi), l'uso di armi (26% dei casi) e in genere armi da taglio più raramente armi da fuoco.

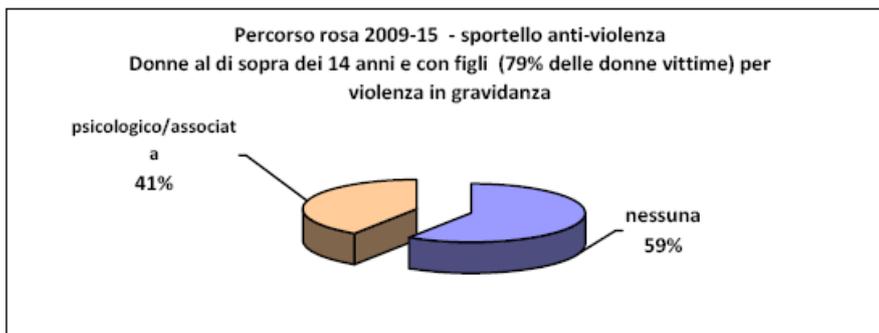


Queste percentuali salgono se consideriamo solo le donne con partner (568) e allora il controllo sfiora il 90% dei casi, configurandosi, come più volte affermato da tutti i ricercatori e le istituzioni, quale il 'movente' culturale più credibile della violenza contro le donne.

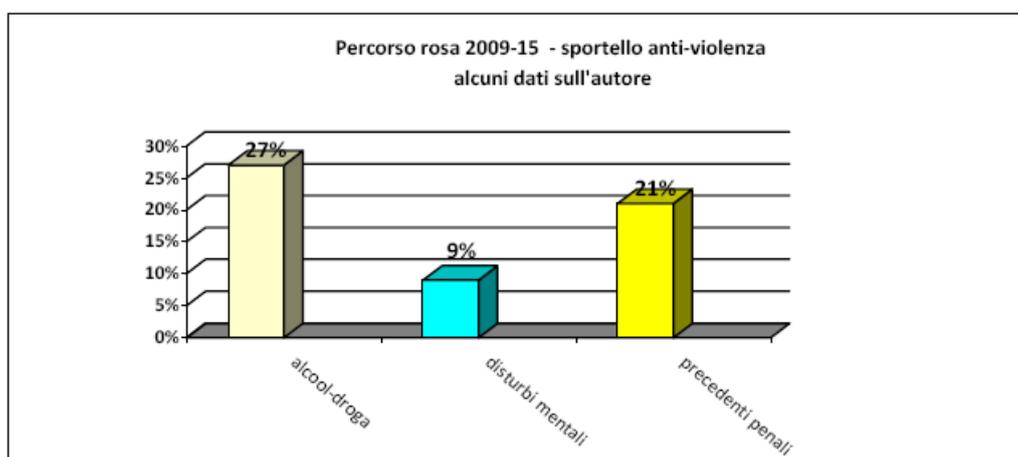


□ La violenza in gravidanza è presente nel 41% dei casi di donne con figli (ovvero il 79% delle donne che si sono presentate allo sportello in questi anni). I nostri dati corrispondono ai dati dell'indagine europea (FRA,2014) che stima la violenza in gravidanza nel 42% dei casi di violenza contro le donne. Mentre l'inizio della violenza è dichiarata dalle donne a partire dalla nascita del primo figlio in circa la metà dei casi. Ciò in accordo con le statistiche internazionali che datano l'inizio della violenza o con l'inizio della convivenza o con la nascita di un primo figlio o dal secondo figlio. La ragione di ciò è nel fatto che le donne attraverso i figli diventano da un lato meno propense a soddisfare le esigenze del partner dovendosi dividere tra i compiti di cura 'dovuti/pretesi 'al/dal partner' e la cura dei figli; dall'altro lato si percepiscono più 'dipendenti' dal partner in nome dell'unità familiare, (costrutto sociale veicolato dal contesto familiare e dai mass media, oltre che dalle scienze psicologiche sulla indispensabilità della figura paterna!) o anche per difficoltà economiche, o per altri problemi connessi con la maternità. E così per un periodo di tempo (quello della crescita dei figli, infatti le donne mediamente tollerano la violenza per circa 8-10 anni, prima di sottrarsi a essa) tendono maggiormente a tollerare le violenze o a gestirle, nel senso di prevenire con un comportamento di assecondamento del partner le violenze maggiori.

□



□ Per quanto riguarda l'autore, i problemi principali connessi alla violenza sono di carattere culturale. La possessività e il controllo (presente circa dal 76 % al 88% dei casi) e la gelosia (presente circa dal 58% al 68% dei casi) dimostrano che è largamente prevalente l'ideologia del possesso - legata al modo di intendere la relazione con la donna - come eziologia della violenza maschile. In aggiunta abbiamo come occasionale additivo della violenza (ma non come causa) l'alcool e la droga presenti come problemi dell'autore solo nel 27% dei casi. Paradossalmente molte donne hanno riferito che i partner sotto alcool e soprattutto sotto droghe creavano meno problemi, perché in genere più tranquilli! In particolare la droga crea problemi nel momento in cui il partner non la possiede. I disturbi mentali accertati con ricorso pregresso a cure psichiatriche sono presenti ancor meno e solo nel 9% dei casi. In definitiva sono le idee di possesso senza associazione ad altra componente (disturbo mentale o droga), vale a dire la matrice culturale, a determinare nella maggioranza dei casi i comportamenti violenti (64% di violenze 'pure' perpetrate da soggetti maschili senza altra problematica personale di droga o disturbi psichiatrici).



Il precedente penale non gioca un ruolo specifico: solo il 24% risulta avere problemi penali precedenti ma che non si riferiscono per la maggior parte a reati di maltrattamento in famiglia, ma a criminalità generica.

Dati socioanagrafici del nostro campione

I dati socioanagrafici riscontrati nella nostra popolazione non sono sovrapponibili a quelli delle indagini ISTAT 2006 e 2014. Il loro dato fotografa una realtà diversa:

Sono le donne più giovani (fino a 34 anni), le nubili, le separate o divorziate, le studentesse le donne più a rischio di violenza fisica o sessuale (ISTAT, 2015). [E ancora] emerge, inoltre, che nel corso della vita sono più a rischio di violenza fisica o sessuale da un partner le donne più giovani, il 16,3% fra i 16 e i 24 anni di età e il 17,9% fra i 25 e i 34 anni, le donne separate o divorziate (il 45,5%) e le nubili. [Ancora] le più istruite, laureate e diplomate, e quelle con posizioni di dirigenti, imprenditrici e libere professioniste (23,5 per cento), ma anche le donne in cerca di prima occupazione (20,7%) e le studentesse.

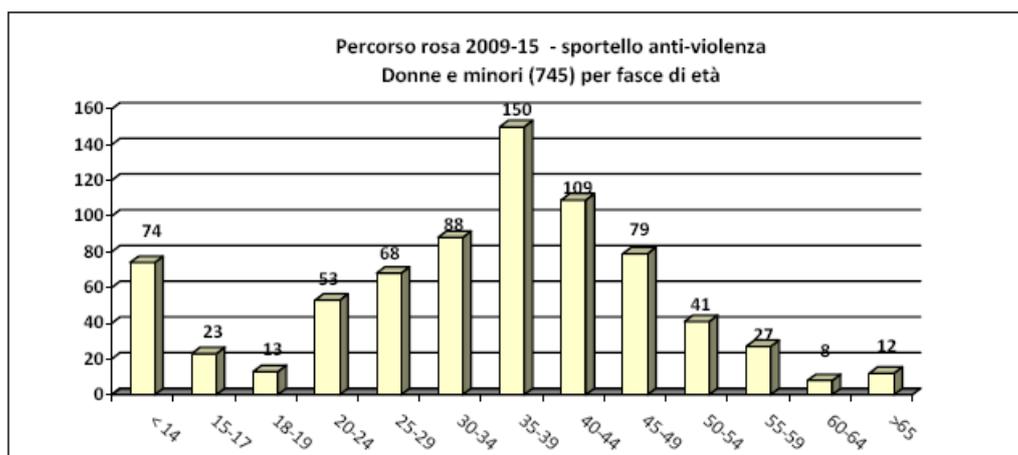
La differenza sta nel metodo della raccolta dati: il nostro metodo deriva dalla raccolta di dati di una popolazione che ha con certezza subito violenza negli ultimi mesi attraverso anche un approfondimento diagnostico; il loro metodo è realizzato attraverso interviste di superficie sulla popolazione generale che non riescono sempre a fotografare una realtà di violenza. Tant'è che nella definizione di questo profilo di rischio nell'indagine ISTAT del 2006 si fa riferimento a questo bias metodologico dichiarando che:

Queste differenze nel rischio di subire violenza da un partner vanno tuttavia prese con una certa cautela in quanto potrebbero essere espressione di una diversa e maggiore disponibilità di questo tipo di donne a parlare della tematica della violenza e di una loro maggiore capacità di riconoscerla e dichiararla.

Alla luce della nostra esperienza e soprattutto tenendo presente i dati internazionali della violenza che indicano come non vi sia un profilo di rischio di una donna rispetto a un altro, proprio perché la violenza di genere è presente tra tutte le donne, i nostri dati disegnano il profilo di una donna vittima corrispondente al profilo 'normale' della popolazione femminile. Ovvero le donne che denunciano la violenza sono di ogni età, di ogni professione, di ogni il livello culturale. Se un'accentuazione della violenza c'è, nella nostra popolazione di donne che vengono in pronto soccorso, riguarda la fascia di

età intorno ai 30-44 anni corrispondente a quella con il carico dei figli minori, che costituiscono sempre una remora a interrompere la relazione, soprattutto quando sono molto piccoli. Diversa la situazione dei figli pre-adolescenti o adolescenti: allora essi possono diventare al contrario una ragione determinante per denunciare e separarsi (ciò succede quando le madri vedono i figli implicati nella violenza o fatti strumento di pressione da parte del partner).

Età

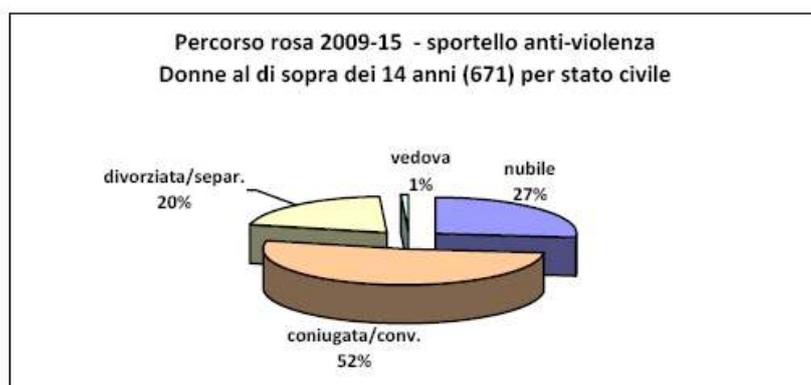


Il nostro profilo è in linea con il profilo della popolazione femminile residente la cui età media è di 40 anni (ISTAT, 2011), e i nostri dati di maggiore esposizione alla violenza si riferiscono alla fascia di età dai 30 ai 44 con altri picchi nella fascia antecedente e seguente 45-49. Il dato comunque fondamentale per la violenza è quello che coinvolge le donne a partire dalla gravidanza e dal primo figlio (che è un dato internazionalmente validato di maggiore frequenza di inizio della violenza) e generalmente termina (o la donna chiede aiuto e cerca di svincolarsi) quando i figli sono visibilmente coinvolti nella violenza come spesso succede passando da spettatori passivi a spettatori attivi (di frequente a difesa della madre). La fascia comunque prima e dopo i 40 anni è quella più implicata nella violenza di coppia perché in essa si sviluppa quel quadro di maggiore vulnerabilità psico-sociale della donna alla violenza (fascia con figli piccoli). I dati Istat sulla violenza riportano invece un dato poco coerente (quello di donne giovani sotto i 30 anni) con la fotografia del fenomeno della violenza di genere intra-familiare.

Il grafico mostra inoltre una suddivisione tra minori al di sotto dei 14 anni e minori tra i 15 e i 18 anni. I minori sotto i 14 anni, bambini e bambine, infatti sono stati accolti e refertati per esiti di maltrattamento assistito e una quota parte minore anche per maltrattamento diretto e 12 bambini anche per abuso sessuale. I minori al di sopra dei 14 anni sono tutte ragazzine che hanno riportato abusi e maltrattamenti diretti o da partner o da padri o altri familiari/conoscenti.

I minori al di sotto dei 14 anni sono esclusi dalla raccolta dei dati anagrafici, ma saranno esaminati nella parte che riguarda gli esiti psico-fisici della violenza assistita. I dati socioanagrafici si riferiscono quindi solo alle donne al di sopra dei 14 anni, comprese le minori della fascia di età 15-18.

Stato civile

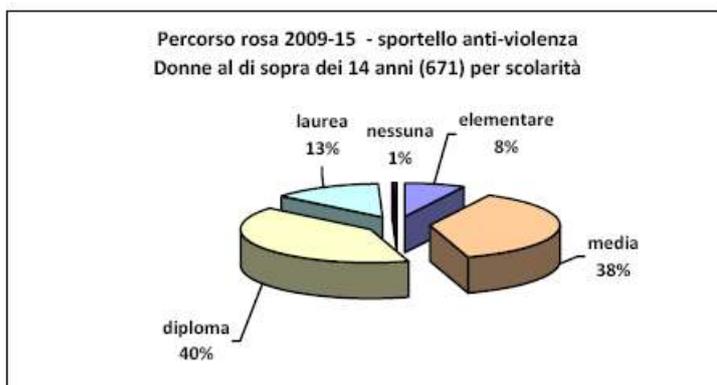


□ Le donne (al di sopra dei 14 anni) sono in genere coniugate o in convivenza (52%) con un 20% di separate o divorziate e un 27% di nubili, comunque in relazione con qualche partner da cui è derivata una violenza.

Anche questo altro dato è coerente con gli studi internazionali sulla violenza (Cfr. Campbell et al., 2009) che fotografano la condizione della donna più esposta alla violenza come quella coniugata/convivente, dato che il violento è nella maggioranza dei casi un partner e subito dopo un ex-partner.

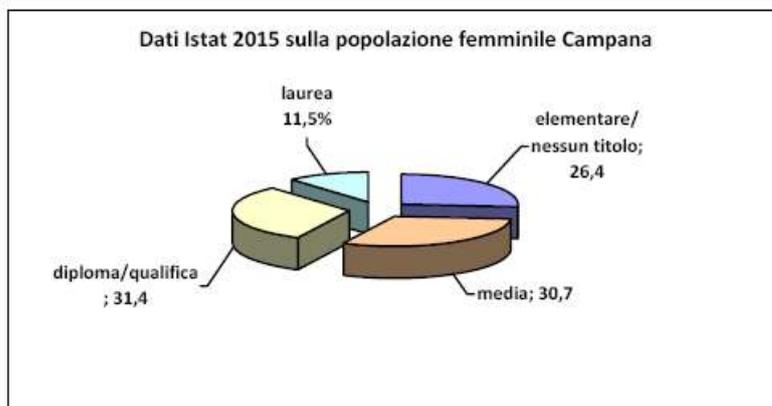
Le donne arrivate al nostro sportello sono per la quasi totalità italiane (94% dei casi ovvero solo 36 donne sono straniere).

Scolarità



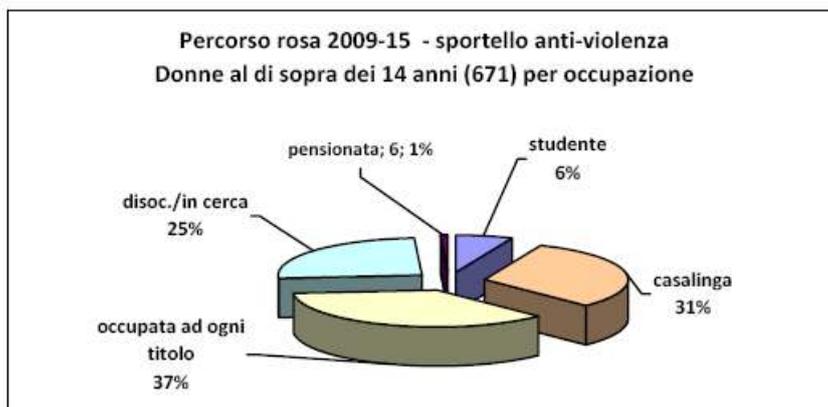
□ La maggioranza ha un titolo di scolarità medio-alto nel 53% dei casi (diplomate nel 40% e nel 13% anche laureate). Il profilo della nostra donna presenta una scolarizzazione superiore al profilo tracciato dai dati dell'annuario statistico (ISTAT, 2015) per quanto riguarda la maggiore quota di diplomate (10%) e una minore quota di scolarità elementare. Sovrapponibile con i dati ISTAT 2015 il dato sul titolo universitario. La sottorappresentazione della scolarità elementare nel nostro campione non significa ovviamente che le donne con scolarità elementare siano escluse dalla violenza di coppia, ma questo ci dice che donne con minore cultura e soprattutto con maggiore età (perché la scolarità elementare è più diffusa tra donne di età superiore ai 50 anni, età meno rappresentata nel nostro campione) denunciano di meno e sono meno propense a lasciare la relazione anche perché con meno mezzi personali e perché, per l'età, non hanno l'urgenza di tutelare figli minori.

□ Nel confronto con i dati ISTAT della popolazione campana si osserva quanto fin qui detto, senza però ritrovarci con i dati dell'indagine ISTAT sulla violenza di genere dove addirittura le laureate sarebbero sovra-rappresentate.



Occupazione

I dati sull'occupazione rivelano tassi analoghi di casalingato e lavoro per il mercato. Nella popolazione generale i tassi di occupazione delle donne al 2015 e a livello nazionale sono calcolati al 47%, percentuale che al Sud scende al 30,7%; i tassi di inattività sono al 45%; e i tassi di disoccupazione al 12,9%. Ma se guardiamo alle cifre in ripartizione geografiche al Sud il tasso di occupazione è circa la metà di quello del Nord.



□ Le donne sono casalinghe e occupate in proporzioni analoghe (31% e 37%); le occupate lo sono a qualsiasi titolo: lavoro a tempo determinato, indeterminato, a progetto, precario. In più vi è una quota di disoccupate attivamente in cerca di occupazione (25%). Come si vede la condizione di casalinga o occupata è ininfluente rispetto alla violenza di genere. L'occupazione quindi al 37% è un valore più elevato rispetto al tasso di occupazione femminile che nel IV trimestre 2014 in Campania (valore più basso del mezzogiorno) è al 28,3% (ma è un dato in movimento visto che poi nel I trimestre 2015 aumenta, così come si riduce la disoccupazione al 23,2%)⁵. L'occupazione da noi registrata, diversamente dai dati ISTAT, comprende anche il lavoro saltuario e in nero e sta a indicare un'attività comunque retribuita fuori casa e in aggiunta al lavoro domestico o di cura che dà alla donna una maggiore autonomia rispetto alla donna che svolge solo il lavoro in casa. La disoccupazione femminile in Campania è valutata dall'Istat, sempre nel IV trimestre 2014, con un tasso al 25,8% (si riduce al 23,2% nel I trimestre del 2015). L'inattività che nel mondo femminile è equiparabile al casalingato (che tutto è fuorché inattività!) si aggira intorno al 46% nei dati Istat che corrisponde nel nostro

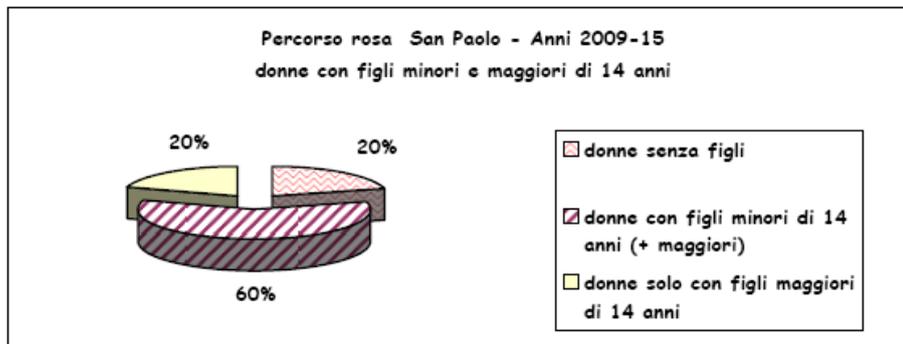
⁵ Cfr. ARLAS - Agenzia per il lavoro e l'istruzione, Osservatorio sul MdL, Istat indagine continua sulle forze di lavoro, Bollettino trimestrale sul lavoro IV trimestre 2014. http://www.lavorocampania.it/ARLAS/resources/cms/documents/Lavoro_news-12.pdf
Istat, (2015), Occupati e disoccupati, I trimestre 2015. http://www.istat.it/it/files/2015/06/Occupati-e-disoccupati_3_giugno_2015.pdf

campione alla percentuale di pensionate, studentesse e casalinghe, con l'aggiunta di coloro che al Sud lavorano in nero.

Tale confronto lo abbiamo fatto per mostrare come la curva del rischio di violenza si spalma in modo univoco sulla popolazione femminile senza creare, come sembra aver fatto l'Istat nel suo Report sulla violenza di genere sia nel 2006 che nel 2014, un profilo di donna (giovane sotto i 35 anni, sola, nubile o separata, occupata a livelli alti e con elevato livello di istruzione) candidato alla violenza diversamente da quanto affermato dagli organismi internazionali e cioè che non esiste uno specifico profilo di donna a rischio di violenza, ma ogni donna in quanto donna è a rischio di violenza.

Presenza di figli

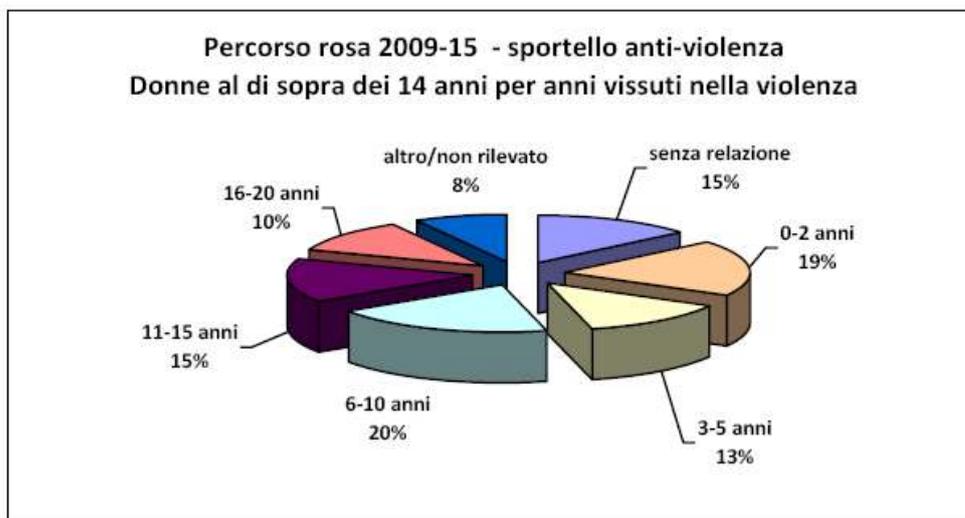
□ Un'altra condizione della violenza è il legame con il violento attraverso i figli cosa che crea nella donna quei vincoli che la trattengono a lungo nella relazione senza legame con un eventuale profilo di personalità (ad esempio, dipendente).



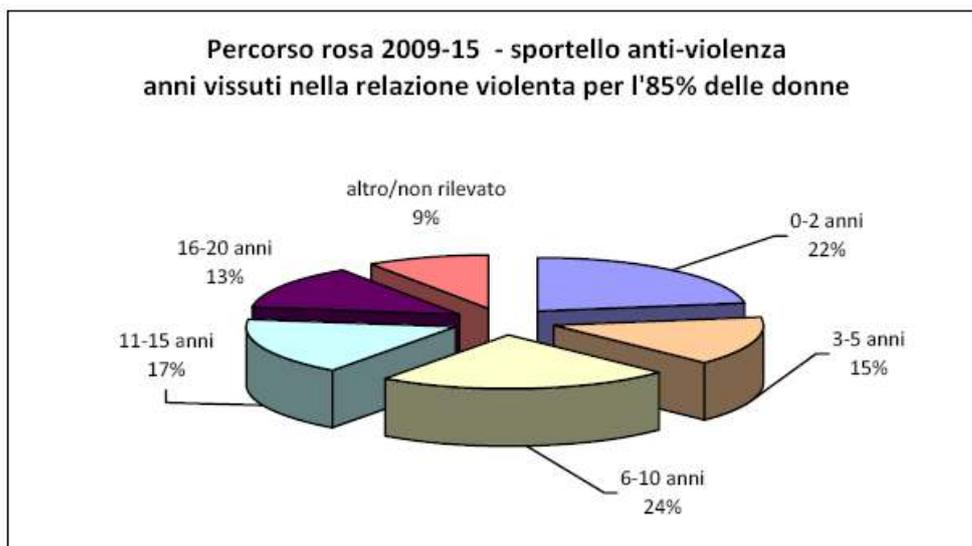
□ Tra le donne con figli (532 in totale) il 60% (a maggioranza, 397) ha figli minori di 14 anni, anche abbinati a figli maggiori di 14 anni, e nel 20% (135 donne) dei casi le donne hanno solo figli maggiori di anni 14. Le donne senza figli sono 139 ovvero il 20%. L'età prevalente delle nostre donne, come abbiamo già detto, è bassa e rientra nella così detta età fertile (sotto i 50 anni) e quindi comporta una preponderanza di figli al di sotto dei 14 anni.

Gli anni vissuti nella relazione

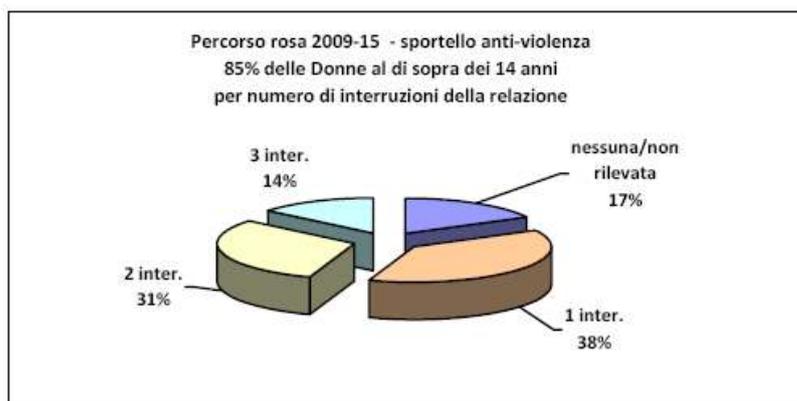
□ Le donne non hanno subito passivamente la violenza e tollerato oltre ogni limite gli episodi di maggiore violenza. Gli anni vissuti con gli uomini violenti prima di interrompere la relazione sono nella maggioranza dei casi tra due e dieci



Se si considera che un 15% di donne ha subito violenza non all'interno della relazione di coppia, si possono rimodulare gli anni trascorsi nel modo seguente: la percentuale degli anni fino a 10 guadagna un pieno 60 %.



□ Le donne del nostro campione mostrano però nella loro storia interruzioni della relazione in concomitanza con gli episodi più gravi di violenza. Sono interruzioni della relazione a cui hanno fatto seguito tentativi di riappacificazione, determinati da mediazioni di familiari e promesse del partner di modifica del proprio comportamento. L'uomo violento, infatti, alterna (ciclo della violenza) periodi di tranquillità e amoralità (luna di miele) a periodi di aggressioni (esplosione della violenza). Il dato dell'intermittenza della violenza è presente anche in più sentenze di Cassazione⁶. S'individua quindi come la tolleranza delle donne alla violenza sia relativa: infatti prima di giungere al PS e denunciare la violenza si visualizzano i tentativi di interrompere la relazione; ben l'83% delle donne immerse in una relazione violenta ha cercato di uscire dalla relazione prima di giungere allo sportello di ascolto.



⁶Cass. pen., Sez. 6, Sentenza n. 26571/2008 e n.19514/2014

Il maltrattamento assistito e diretto valutato attraverso il riferito materno

Tale indagine si propone di focalizzare l'attenzione sui minori, figli delle donne vittime di violenza e dei loro partner violenti.

I minori sono coinvolti per lo più come spettatori delle violenze sulla madre con esiti identici a quelli che li vedono esposti alla violenza direttamente (dati dell'OMS, 2002,2009,2013). La Convenzione di Istanbul ha chiarito come far assistere i minori alla violenza si traduca in un danno psichico diretto sul loro sviluppo.

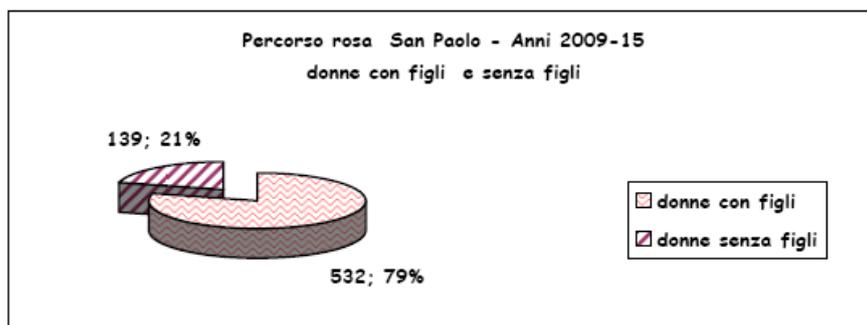
I minori, per la maggioranza dei casi, e relativamente all'età al di sotto dei 14 anni, sono coinvolti come testimoni di violenza (maltrattamento assistito), ma anche in una percentuale elevata nel maltrattamento diretto. Ci si è quindi soffermati, dalla descrizione degli eventi di violenza fatta dalla madre, anche sui dati e sulle informazioni, come riferite dalla madre, necessarie per riflettere sulla frequenza e sugli esiti di un maltrattamento assistito nei casi di violenza intrafamiliare.

Per violenza assistita intrafamiliare si intendono gli atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica compiuti su figure di riferimento affettivamente significative, di cui il bambino può fare esperienza direttamente (quando la violenza avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il bambino è a conoscenza della violenza) e/o percependone gli effetti.

Nella violenza assistita sono compresi anche i casi dei bambini minori di un anno e con età compresa tra 1 e 3 anni che assistono alle aggressioni in momenti cruciali della loro crescita, come l'allattamento o quando sono in braccio alla madre, correndo il rischio di essere direttamente coinvolti. Nel maltrattamento assistito si comprendono anche quei casi di stalking in cui i minori sono coinvolti, come ad esempio casi di tamponamento in auto in cui un minore è presente e vittima diretta anch'egli.

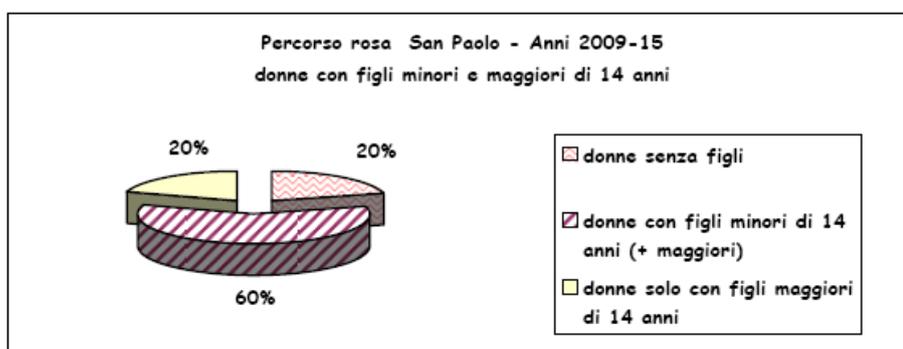
Sono emersi anche casi in cui i minori sono coinvolti direttamente nelle violenze, in quanto essi stessi vittime di maltrattamenti fisici, verbali (minacce, insulti), psicologici (pressioni e denigrazioni), così come di maltrattamenti subiti sin dalla nascita e dalla gravidanza materna. In questa categoria si inserisce anche la "strumentalizzazione" del/la minore ovvero l'utilizzo dei figli come "leve morali" per colpire la madre.

Tale analisi, identificando esiti e sintomi, si propone di evidenziare i numerosi rischi esistenti per lo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e psicologico dei minori testimoni del maltrattamento sulla madre e/o vittime essi stessi di violenza.

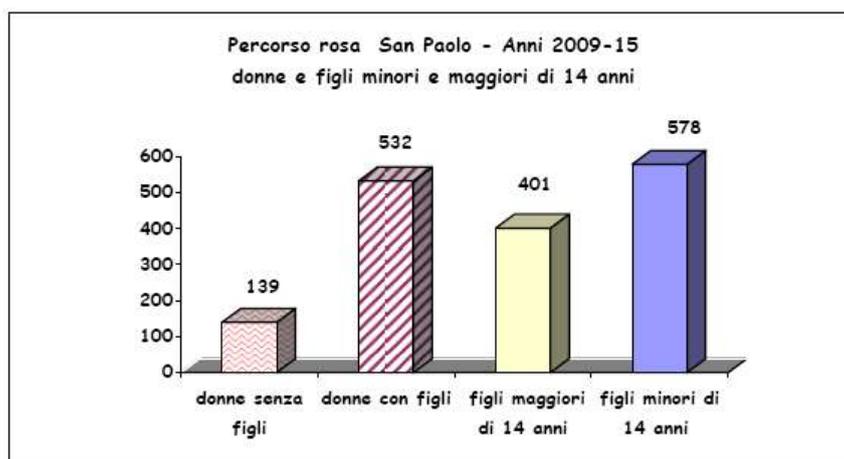


Le donne con figli sono il 79% della nostra utenza.

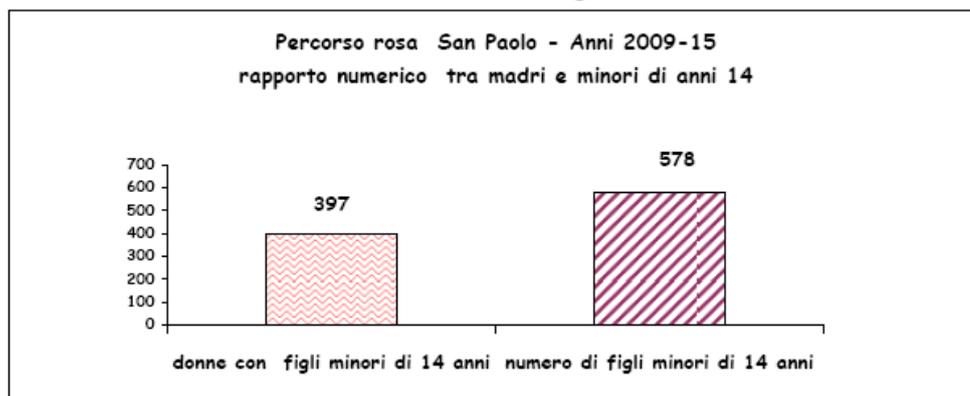
Le donne con figli minori di 14 anni (come si è già detto) sono il 20% (135) con lo stesso valore percentuale delle donne senza figli (139). Le donne esclusivamente con figli minori di 14 anni insieme alle donne con figli minori e maggiori di anni 14 sono il 60% ovvero 397.



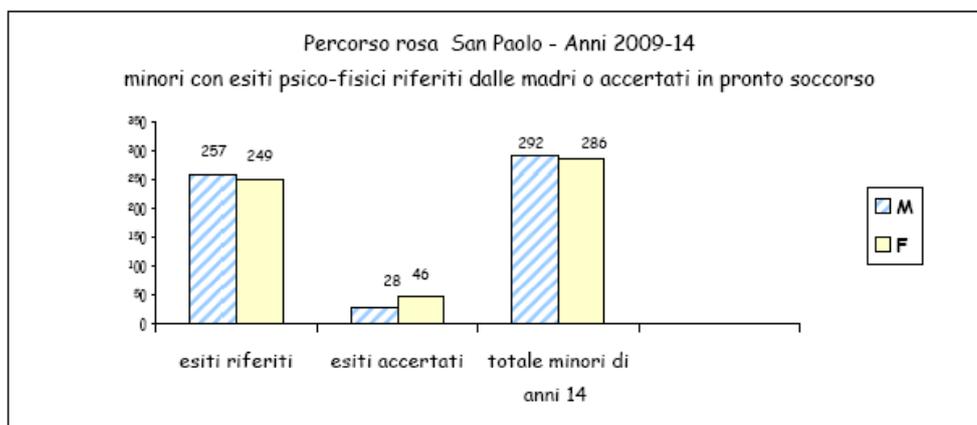
Tutte le donne con figli (532; 79%) hanno in totale 979 figli ovvero 1,8 figli per ciascuna.



Di queste donne, 397 (75%) hanno 578 figli minori al di sotto dei 14 anni.

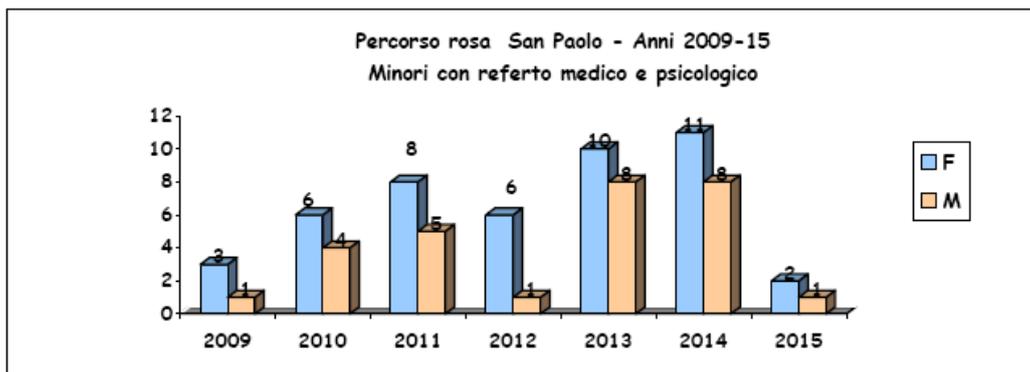


Di seguito è stato raccolto, secondo il riferito materno, il numero dei minori diviso per sesso che ha evidenziato condotte sintomatiche a scuola, in famiglia e nel sociale.



Per il maltrattamento assistito e/o diretto abbiamo preso come riferimento i minori di anni 14 che vivono maggiormente nell'ambito familiare e sono quindi più esposti alle dinamiche conflittuali e alle violenze intrafamiliari. Al di sopra di 14 anni i minori godono di maggiore libertà e possono essere esposti più facilmente a stressor provenienti dall'ambiente extrafamiliare.

Dall'analisi condotta emerge che 506 minori (ovvero l'87,5% dei 578 minori di anni 14 potenzialmente esposti al maltrattamento assistito del padre sulla madre) patiscono un qualche esito psicofisico di maltrattamento assistito e diretto. Dal grafico si evidenzia che le madri hanno riferito condotte sintomatiche nei minori per 249 femmine e 257 maschi. A questi aggiungiamo i minori refertati in questi anni con sintomi direttamente accertati nel Pronto soccorso pediatrico che sono 28 maschi e 46 femmine.



Il maltrattamento diretto incide sul maltrattamento assistito per circa un 30% di casi.

Di questi minori refertati al San Paolo, 11 hanno riportato esiti per violenze sessuali.

Le condotte sintomatiche più frequentemente dichiarate sono le seguenti, suddivise per maschi e femmine:

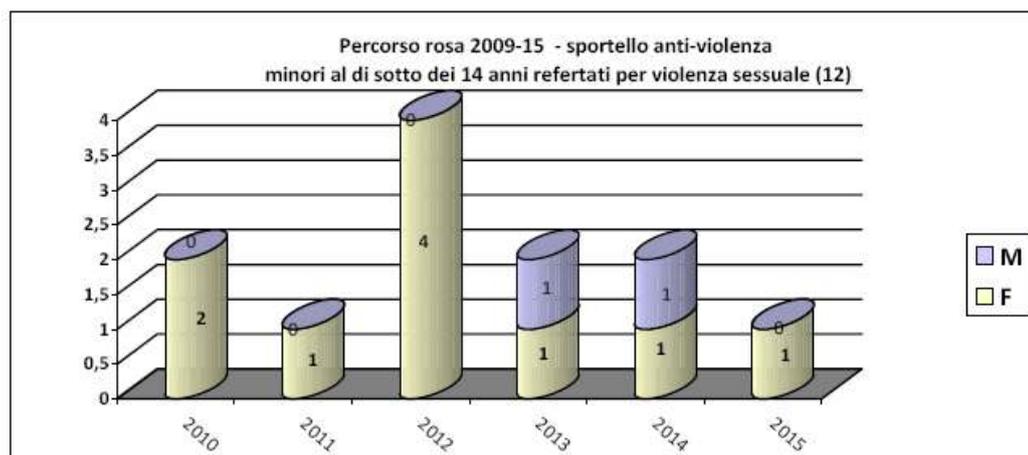
<u>Maschi</u>	<u>Femmine</u>
1. Aumentata aggressività e irascibilità,	1. Rifiuto della figura paterna, rifiuto esplicito a incontrarla/desiderio di allontanarla
2. Reazioni emotive all'evento (pianti, paura, grida, spavento, disperazione)	2. Disturbi d'ansia e Ansia di separazione dalla madre
3. Difficoltà a dormire	3. Reazioni emotive all'evento (pianti, paura, grida, spavento, disperazione)
4. Disturbi nelle condotte alimentari	4. Difficoltà a dormire
5. Specifica paura della figura paterna (o altra figura)	5. Disturbi nelle condotte alimentari
6. Iper-reattività	6. Difficoltà di concentrazione
7. Difficoltà di concentrazione	7. Distacco emotivo

L'abuso sessuale sui minori

□ Lo sportello del San Paolo nel corso degli anni ha refertato i minori che presentavano, dopo particolari violenze alla madre, uno stato di shock emotivo o i minori che, presenti nelle violenze alla madre, sono stati coinvolti nell'aggressione e hanno riportato danni fisici oltre quelli psicologici (74 minori al di sotto dei 14 anni). Tra questi sono stati anche refertati 12 minori per violenza sessuale. Di questi

minori 10 erano bambine e tra queste anche due di 5 e 6 anni che sono state intervistate con la tecnica del disegno al posto della narrazione orale.

Le violenze erano state compiute nell'ambito familiare: solo due violenze sessuali si sono verificate al di fuori dell'ambito familiare. L'abuso sessuale intrafamiliare pur essendo molto frequente (secondo le stime di *Save the Children* e di *Telefono Azzurro*) è sottorappresentato nelle denunce e nell'arrivo in PS. Le donne hanno difficoltà a riconoscere l'abuso sessuale, soprattutto su bambini piccoli, là dove l'abuso sessuale su bambini piccoli all'interno della famiglia si realizza con modalità di 'travestimento', e là dove l'autore sia un partner e un padre. In più gli abusi sessuali sono positivamente correlati con il maltrattamento contro le donne-madri le quali sono impegnate a difendersi dagli attacchi del partner e hanno meno 'occhi sui minori' e più difficoltà a proteggerli da attacchi non abituali come quelli sessuali. Le donne, infatti, sono generalmente attrezzate a difendere i figli dalle aggressioni fisiche, ma impreparate a cogliere i segni dell'abuso sessuale se non quando vi sia una diretta rivelazione da parte del minore o atteggiamenti espliciti del partner. Ma vi è da dire che il basso numero di denunce dipende anche da una condotta giudiziaria dei nostri tribunali che tende a dissuadere le donne, perché spesso quelle che denunciano poi vengono penalizzate proprio nell'affido dei figli e considerate responsabili o perché la denuncia non viene dimostrata da prove certe, o perché se dimostrata non sono considerate buone madri perché non hanno vigilato! Segnaliamo, infatti, un caso di una bambina refertata e considerata da noi attendibile insieme alla madre, depositaria delle prime confidenze. All'atto delle indagini preliminari il PM si è affidato a una consulente che con una relazione del tutto incompetente ha dichiarato la bambina di 6 anni non attendibile con una diagnosi impossibile di 'ipoevoluzione'! La madre è stata quindi considerata responsabile delle accuse non veritiere della minore.



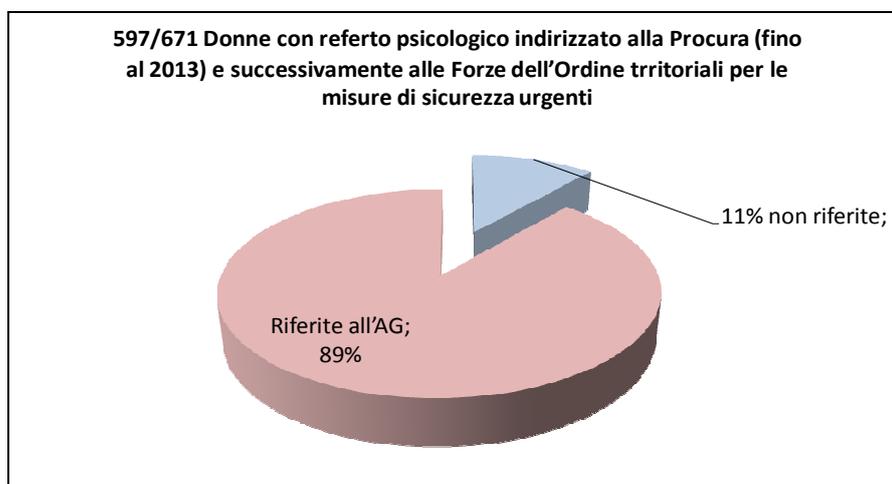
Le attività di rete

Interventi attuati e consigliati	
Interventi totali consulenze e referti su donne e minori di anni 14	745
Consulenze	51
Relazioni e refertazioni	620
Relazioni e refertazioni minori di anni	74
Invio Procura Ordinaria (Fino al 2013)	378
Invio Procura Minori	150
Invio FFOO (dal 2013 in prevalenza)	219
Invio casa-famiglia	25
Indicazioni di allontanamento dal domicilio per Autotutela	350
Altre indicazioni per autotutela	200
Invio centro anti-violenza	671

Per tutte le donne che richiedono tutela vi è un invio presso le FFOO di quartiere, informate del caso per via telefonica e delle necessità di tutela della donna. Alle donne, che per circa nel 60% sono già fuori casa, si consiglia di rimanere fuori casa, fino a provvedimenti dell'AG evitando di esporre i minori agli incontri con il padre (se sono stati presenti alle violenze e se gli incontri sono occasioni di altre violenze).

Alle donne che si trovano in casa con i partner si consiglia di allontanarsi con i figli minori, e poi di sporgere denuncia, dichiarando che ci si allontana da casa per autotutela e tutela dei minori, presentando anche il referto che espone i motivi e la

necessità dell'allontanamento. In genere le donne preferiscono allontanarsi presso parenti ed evitare una soluzione istituzionale.



Dal 2013 non si invia più il referto alla Procura salvo diverse determinazioni della donna, ma alle FFOO secondo quanto previsto dalla legge 119/2013 e con accordo della donna. L'invio del referto alla Procura dei minori ha carattere rafforzativo quando sono necessarie immediate misure di tutela dei minori, e quando non è stato ancora incardinato il procedimento civile di separazione, per richiedere la decadenza della potestà/responsabilità genitoriale paterna.

Nel 60% dei casi per i quali sono state richieste, nel referto psicologico, misure di sicurezza, le donne hanno ottenuto dei provvedimenti positivi: il referto cioè funziona come sostegno alle denunce delle donne e fonte probatoria significativa per le indagini dei pubblici ministeri a cui si devono i provvedimenti cautelari (allontanamento o divieto di avvicinamento per l'autore delle violenze, se non l'arresto in flagranza) prima dell'avvio del procedimento giudiziario (processo). Tutte le donne poi vengono inviate al centro anti-violenza come prosieguo dell'attività ospedaliera per un intervento di sostegno al percorso personale di uscita dalla violenza e per la consulenza legale. Per quanto riguarda le donne che tra il 30% e il 40% hanno già in corso una procedura giudiziale (quasi sempre di tipo civilistico) al loro arrivo in ospedale, queste comunque vengono inviate al centro anti-violenza in rete per la consulenza penale e per ogni altra forma di supporto.

Le Forze dell'Ordine hanno comunque adottato un comportamento di rete per cui quando una donna si reca da loro per la denuncia la accolgono e le consigliano di recarsi prima in ospedale per farsi refertare e più specificamente consigliano di venire allo sportello ascolto psicologico per visualizzare meglio i fatti di violenza di cui sono

state vittime (circa il 30% di donne arriva in PS e allo sportello su invio dalle FFOO territoriali). Le FFOO ritengono, infatti, che inoltrare una denuncia per fatti di maltrattamento familiare durato spesso lunghi anni e con precedenti di ritrattazione delle querele, senza un supporto psicologico adeguato, risulterebbe (per loro esperienza) sottovalutativa dei rischi e della gravità delle violenze stesse.

Dal punto di vista legale le donne usufruiscono maggiormente, presso il centro anti-violenza, dell'assistenza penale (collegata anche al referto e all'azione di denuncia avviata per lo più successivamente all'azione civilistica) che si affianca il più delle volte a trafile giudiziarie nel civile che stentano a dare risultati positivi e che spesso determinano effetti perversi di vittimizzazione secondaria. Dal punto di vista psicologico, il centro anti-violenza invia anche al servizio di psicologia territoriale, con cui è in rete, là dove si evidenziano problematiche d'intervento più complesse.

Riferimenti bibliografici

Campbell Jaqueline, Webster, Daniel, Glass, Nancy (2009). The Danger Assessment Validation of a Lethality Risk Assessment Instrument for Intimate Partner Femicide, *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4) 653-674.

Heise Lori, Pitanguy, Jaqueline, Germain Adrienne (1994). *Violence against Women: The Hidden Health Burden*, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington.

FRA (European Union Agency for Fundamental Rights)(2014) *Violenza contro le donne: un'indagine a livello di Unione Europea*, Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea.

Hirigoyen, Marie-France (2005). *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*. Torino: Einaudi.

Hirigoyen Marie-France (2006). *Sottomesse. La violenza sulle donne nella coppia*. Torino: Einaudi.

Istituto Nazionale di Statistica (2006). *La violenza contro le donne*, Indagine multiscopo sulle famiglie "Sicurezza delle donne".

Istituto Nazionale di Statistica (2014). *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*.

Istituto Nazionale di Statistica (2011). Censimento della popolazione (pag. 14)
http://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione-legale_XV_censimento_popolazione.pdf

Istituto Nazionale di Statistica (2015) Annuario statistico italiano, (cap. 7)
<http://www.istat.it/it/files/2015/12/C07.pdf>

Luberti, Roberta, Pedrocco, Biancardi Maria Teresa (a cura di) (2005). *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*. Milano: Franco Angeli.

Malacrea, Marinella, Lorenzini, Silvia (2002). *Bambini abusati, linee guida nel dibattito internazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

Reale, Elvira (2011). *Volume I. Maltrattamento e violenza sulle donne: la risposta dei servizi sanitari*. Milano: Franco Angeli.

Reale, Elvira (2011). *Volume II. Maltrattamento e violenza sulle donne: criteri, metodi e strumenti dell'intervento*. Milano: Franco Angeli.

Reale, Elvira (2012). I bambini testimoni della violenza sulle madri: la valutazione nel pronto soccorso pediatrico, Riv. Trim. "Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza", 79, 80-99. Roma: Armando.

Romito, Patrizia (2000). *La violenza di genere su donne e minori*. Milano: FrancoAngeli.

Save the Children (2011) *Children witnesses of gender violence in the domestic context. Analyses of the fulfilment of their specific needs trough the protection system*.

Snider Carolyn, Webster Daniel, O'Sullivan, Chris S., Campbell, Jacqueline (2009). *Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department*. Academic Emergency Medicine.

UNFPA (2007). *Ending Violence against Women Programming for Prevention, Protection and Care*.

World Health Organization (2002). Violence by Intimate Partners. In *World Report on Violence and Health*, (Chapter IV). Geneva: Department of violence and Injury Prevention.

World Health Organization. (2009). *Prevention Violence: the Evidence, Series of Briefings on Violence Prevention*. Geneva: Department of violence and Injury Prevention.

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*. Geneva: Department of violence and Injury Prevention.

Elvira Reale is psychologist, psychotherapist, specialist in women mental health (past director of public service of women mental health); responsible anti-violence health sector at the Emergency Department in the “Cardarelli” Hospital in Naples; Scientific Director of Association Health Woman; Scientific Coordinator of Master, Naples University: “Gender violence and Pink Pathway in Emergency Department”; Memberexpert appointed by the National Observatory on gender violence at Department of Equal Opportunities at Presidency of the Council of Ministers; Author of many books and articles, including: *Maltreatment and violence against women, The response of health services*, Vol.1 e 2, Edited by FrancoAngeli, Milan 2011.

Giusi Balsamo and Giusy Forte are psychologists junior, they carry out research and data collection activities and they are part of training staff at the Dafne Center-Pink Code of Antonio Cardarelli Hospital in Naples.

Carla Cuccurese is psychologist supervisor and psychotherapist, specialized in relational traumas; she works at the Dafne Center-Pink Code of Antonio Cardarelli Hospital in Naples and coordinates network activities with the police and other social services.

Valentina Caso and Ida Renzullo are psychologists senior, specialist in gender violence on women, with a master in: “Pink Pathway in Emergency Department” at the University of Campania, Luigi Vanvitelli, and they are working at the Dafne Center-Pink Code of Antonio Cardarelli Hospital in Naples.

Anna Gargiulo, PhD in Gender Studies, University of Naples Federico II, visiting PhD Medical University of Vienna. Adopting a qualitative methods, she studies non-suicidal Self-injury, also into virtual communities; she is Psychologist of Women Health Association at San Paolo Hospital in Naples.

Rosaria Aitoro, Clelia Amore, Flavia Lualdi, Simona Piemontese, Psychologists at Women Health Association and psychotherapists with specific training for the prevention of violence against women. Psychologists at the "pink path" of San Paolo Hospital in Naples.

Elvira Reale è psicologa dirigente, specialista in salute mentale delle donne (già direttore di un servizio pubblico per la salute mentale delle donne); responsabile del percorso rosa presso l'ospedale San Paolo di Napoli (anni 2009-15) e responsabile del centro anti-violenza presso il pronto Soccorso dell'Ospedale Cardarelli di Napoli, Direttrice scientifica dell'Associazione salute donna; Coordinatrice scientifica del master presso l'università, Luigi Vanvitelli, di Napoli "violenza di genere sulle donne e percorso rosa in pronto soccorso"; rappresentante regionale presso l'Osservatorio nazionale sulla violenza di genere; autrice di numerosi libri e articoli tra cui: "Maltrattamento e violenza sulle donne: la risposta dei servizi sanitari", Franco Angeli editore, Milano 2011.

Giusi Balsamo e Giusy Forte sono psicologhe in formazione presso il Centro Dafne dell'Ospedale Antonio Cardarelli di Napoli.

Carla Cuccurese, psicologa e psicoterapeuta con formazione specifica per la prevenzione della violenza contro le donne. Psicologa presso servizi specializzati per le donne vittime di violenza (attualmente presso il Centro Antiviolenza di Napoli). Psicologa presso il "percorso rosa" dell'Ospedale San Paolo e consulente presso l'ospedale Cardarelli di Napoli per il "percorso rosa".

Valentina Caso and Ida Renzullo sono psicologhe specialiste in violenza di genere sulle donne, con un master in "Percorso rosa nel dipartimento di emergenza" alla Università della Campania, Luigi Vanvitelli e lavorano presso il centro Dafne dell'Ospedale Cardarelli di Napoli.

Anna Gargiulo, Dottore di Ricerca in Studi di Genere Università degli Studi di Napoli Federico II, visiting PhD Medical University di Vienna. Adottando metodologie qualitative si occupa di autolesionismo e questioni di genere, anche all'interno dei

Escaping gender violence

contesti virtuali. Psicologa dell'Associazione Salute Donna presso l'Ospedale San Paolo di Napoli.

Rosaria Aitoro, Clelia Amore, Flavia Lualdi, Simona Piemontese, psicologhe dell'Associazione Salute Donna e psicoterapeute, con formazione specifica per la prevenzione della violenza contro le donne. Psicologhe del Percorso rosa presso l'ospedale San Paolo di Napoli.



TEMA