

**Violenze di genere sulle donne:  
l'accoglienza ed il colloquio in consultorio  
familiare.**

Corso di laurea in Servizio sociale,  
Università di Trieste, aa 2015-16

Assistente sociale specialista  
Dott.ssa Carmelina Calivà  
Trieste 19 ottobre 2015

**Nell'AAS1 - Triestina - il CONSULTORIO FAMILIARE è una  
Struttura Semplice del Distretto ed assieme alla Unità Operativa  
Tutela Salute Bambini e Adolescenti fa parte della Struttura  
Complessa Bambini Adolescenti Donne e Famiglie  
Solo nel Distretto 2 viene offerto un Servizio Bambini  
Adolescenti in lingua slovena**

## L.R. 7 luglio 2006, n.11

# Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialita'.

### Art. 3 (Compiti del servizio)

1. Il consultorio familiare, nel rispetto dei principi etici e culturali degli utenti e delle loro convinzioni personali, tenendo conto della loro appartenenza etnico - linguistica, in collaborazione con i servizi e le strutture sanitarie e sociali del territorio, al fine di garantire l'integrazione degli interventi e la continuita' assistenziale, opera per assicurare:

a) l'informazione sui diritti spettanti alla donna e all'uomo in base alla normativa vigente in materia di **tutela sociale della maternita' e della paternita'**, nonche' interventi riguardanti la **procreazione responsabile**, garantendo la diffusione dell'informazione sulle deliberazioni dei comitati di bioetica nazionale e locale;

b) la collaborazione con le strutture preposte delle Aziende per i servizi sanitari, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliere universitarie, con il Policlinico universitario di Udine e con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), **per la prevenzione e riduzione delle cause di infertilita' e abortivita' spontanea e lavorativa**, nonche' delle cause di potenziale danno per il nascituro, in relazione alle condizioni ambientali, ai luoghi di lavoro e agli stili di vita;

c) l'assistenza sanitaria, psicologica e sociale per le donne e le coppie in caso di **interruzione volontaria della gravidanza**, con particolare attenzione alle minorenni, ai sensi degli articoli 1, 2, 4, 5 e 12 della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternita' e sull'interruzione volontaria della gravidanza);

- d) l'assistenza sanitaria, psicologica e sociale, anche domiciliare, alle donne e alle famiglie in situazione di **rischio sanitario e psicosociale**, prima del parto e nel periodo immediatamente successivo, anche su segnalazione dei punti nascita, nonche' attraverso la promozione di reti di auto-aiuto;
- e) l'informazione riguardo ai problemi della **sterilita' e dell'infertilita'**, nonche' l'informazione alle coppie che ricorrono alle tecniche di riproduzione medicalmente assistita, l'attivita' di orientamento verso i centri che la praticano e il raccordo operativo con gli stessi;
- f) la consulenza e l'assistenza psicologica e sociale **nelle situazioni di disagio familiare derivante da nuovi assetti familiari, da separazioni e da divorzio, anche attraverso la predisposizione di percorsi di mediazione familiare, adeguatamente certificati secondo standard europei e internazionali;**
- g) l'informazione e lo studio **psicosociale di coppia rivolto alle coppie disponibili all'adozione nazionale e internazionale, nonche' il sostegno nel periodo di affido preadottivo;**
- h) l'assistenza psicologica e sociale e gli interventi sociosanitari al singolo e alla coppia in riferimento a difficolta' di ordine **relazionale, sessuale e affettivo nelle diverse fasi del ciclo vitale;**

i) le prestazioni sanitarie e psicologiche, anche riabilitative e post-traumatiche, alle vittime di violenza sessuale intra ed eterofamiliare e ai minori vittime di grave trascuratezza e maltrattamento, in collaborazione con i servizi sociosanitari per l'età evolutiva preposti, all'interno dei progetti personalizzati elaborati dai Comuni;

j) la **collaborazione con il Servizio sociale dei Comuni** per le prestazioni di carattere sociosanitario relative agli affidamenti familiari;

k) la realizzazione di programmi di educazione e promozione della salute, con particolare riguardo ai **temi dell'identità sessuale**, dei rapporti tra i generi e della sessualità responsabile per gli adolescenti e i giovani, in attuazione dei programmi aziendali di prevenzione e in concorso con la scuola, con i centri e i luoghi di aggregazione e con l'associazionismo;

l) la somministrazione, anche ai minori, previa prescrizione medica, qualora prevista, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla **procreazione responsabile**;

m) l'assistenza psicologica, sociale e sanitaria relativa alle problematiche sessuali, relazionali e affettive degli **adolescenti**.

## **DIFFICOLTÀ NELLA PRESA IN CARICO DELLA DOMANDA**

- **La domanda che arriva al Consultorio Familiare è molto varia e spesso complessa e necessita una buona capacità di lettura e conoscenza delle risorse territoriali.**
- **Nella maggior parte delle situazioni ci si trova a lavorare con una rilevante rete di servizi:  
(T.S.B.A., U.O.T., C.S.M., Ser.T., AA.GG, GOAP, Mal.Ab., privato sociale ecc ecc).**

# CONSULTORIO FAMILIARE

## *Tipologia d'utenza:*

**servizio sanitario, sociale e psicologico pubblico e gratuito rivolto al singolo, alla coppia e alla comunità per problematiche riguardanti il ciclo di vita (dall'adolescenza all'età adulta).**

## *Accesso dell'utenza al Servizio:*

- 1) accesso spontaneo/diretto (invio da altri servizi)
- 2) accesso "coatto":
  - invio da parte del Tribunale per i Minorenni
  - invio da parte del Tribunale Ordinario

## Accesso spontaneo/diretto

### 1) **Consulenza e presa in carico di individui/coppie/famiglie in situazioni di conflitto, separazione, divorzio.**

- consulenza e presa in carico nelle separazioni consensuali al singolo/coppia in un'ottica di riorganizzazione dei ruoli e delle relazioni familiari nell'interesse dei figli;
- mediazione familiare con l'obiettivo di ricostruire relazioni genitoriali "sane" abbassando il conflitto e canalizzando la conflittualità per facilitare l'assunzione di responsabilità genitoriali;
- sostegno alla genitorialità al singolo/coppia/famiglia.
- consulenza al singolo in situazioni di separazione/divorzio giudiziale;
- presa in carico di famiglie multiproblematiche segnalate da altri servizi (a.s.s., servizio sociale, enti del privato sociale).

Lavorare in un'ottica PREVENTIVA

## **Invio “coatto” AA.GG. Tribunale per i Minorenni, Tribunale Ordinario**

- 2) Presa in carico di coppie/famiglie in conflitto segnalate al Servizio dall'AA.GG.
- coppie/famiglie che non si sono rivolte preventivamente ai Servizi, oppure situazioni in cui i Servizi a livello “spontaneo” non sono riusciti a svolgere un percorso per “il cambiamento” di ristrutturazione e ricostruzione del contesto familiare.
  - situazioni in cui si lavora assieme ad una rete di servizi (U.O.T., C.S.M., Ser.T., Mal.Ab., GOAP, ecc ecc) da coinvolgere o già coinvolti in precedenza sul caso in particolare in situazioni di abuso/maltrattamento minori, decadenza/sospensione/limitazione della potestà genitoriale, violenza;
  - situazioni in cui non sono coinvolti altri servizi e che l'AA.GG. invia al Consultorio Familiare per contenziosi relativi all'affidamento dei figli e alla loro gestione in coppie separate o divorziate o coppie di fatto, mediazione familiare, sostegno ed indirizzo alla genitorialità;
  - viene richiesta una relazione al Servizio;
  - si lavora con regole “giudiziarie”.

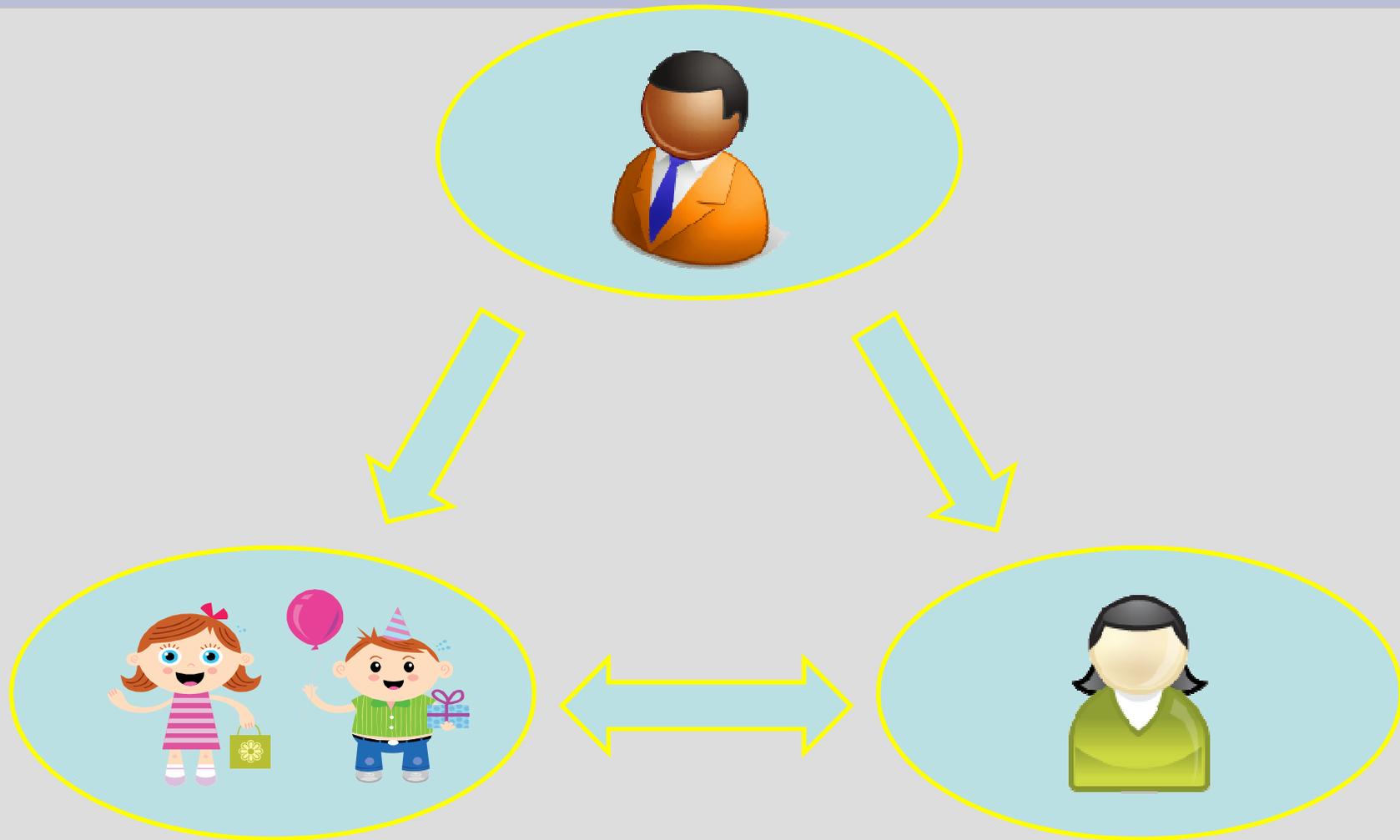
# Metodologia.

- a) Analisi della domanda
- b) Esplorazioni per aree (storie individuali e di coppia, struttura e reti familiari, chiarezza dei confini e modalità comunicative)
- c) Ipotizzazione del problema/dinamiche
- d) Predisposizione e verifica progetti individualizzati di presa in carico riguardanti singoli e/o famiglia
- e) Lavoro di contesto: orientamento ad altri servizi, integrazione dei diversi interventi (economico, logistico, sociale ecc ecc)
- f) Lavoro di rete

## STRUMENTI PROFESSIONALI

- 1) lavoro d'équipe (multiprofessionalità e multidimensionalità)
- 2) lavoro di rete
- 3) colloqui individuali/coppia/famiglia
- 4) visite domiciliari
- 5) consulenza legale
- 6) accompagnamento delle persone
- 7) accesso al fascicoli/altri atti giuridici

# LA VIOLENZA DOMESTICA DANNEGGIA LA RELAZIONE





**FERMARE LA VIOLENZA E' LA PRIORITA'**

***COME SPAZIO DI CONDIVISIONE TRA TUTTI I SERVIZI  
COINVOLTI***

## IL PERCORSO DI LAVORO CON LE DONNE:

### 1. FOCUS SULLA VIOLENZA

Analisi dettagliata della situazione di violenza e valutazione della situazione di rischio

### 2. FOCUS SULLA PROTEZIONE E SOSTEGNO

Attivazione degli strumenti necessari per la sicurezza delle madri e dei bambini (piano di sicurezza, denuncia, risorse, ospitalità, affidamento dei figli e diritti di visita dei padri violenti ecc.)

### 3. FOCUS SULLA RESPONSABILITA'

Riattribuzione delle responsabilità. La violenza è dannosa e pericolosa - lavoro con i maltrattanti

### 4. FOCUS SULL'EMPOWERMENT

Riattivazione delle risorse della donna e delle sue capacità di prendere decisioni autonome

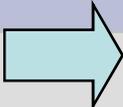
## **E' un PROCESSO che porta la donna:**

- **ad un abbassamento della soglia di tolleranza alla violenza**
- **ad una maggior attenzione e cura alle conseguenze su figli/e**
- **a una maggior indipendenza psicologica dal maltrattante - indipendenza da un sistema di controllo.**
- **all'uscita dalla situazione di violenza**

# Attacco alle capacità genitoriali ed alla relazione madre-bambino

- **La violenza svilisce strategicamente le capacità genitoriali: venir costantemente insultate e maltrattate priva le madri di autorevolezza, di rispetto e di credibilità genitoriale e priva i bambini di un punto di riferimento sicuro.**
- **Le energie della donna sono centrate sulla sopravvivenza e sulla “prima protezione”: ciò toglie energie e risorse da investire adeguatamente nel rapporto con i figli.**

# DIVERSO IMPATTO DELLA VIOLENZA SU BAMBINI E BAMBINE

stessa esperienza ma diverse strategie di reazione  
eventi traumatici  senso di impotenza

## BAMBINO

- esternazione
- controllo sull'altro
- violenza
- abuso di alcool e droghe
- criminalità
- colpevolizzazione rivolta agli altri
- carcerazione

## BAMBINA

interiorizzazione

evitare di essere controllata

depressione

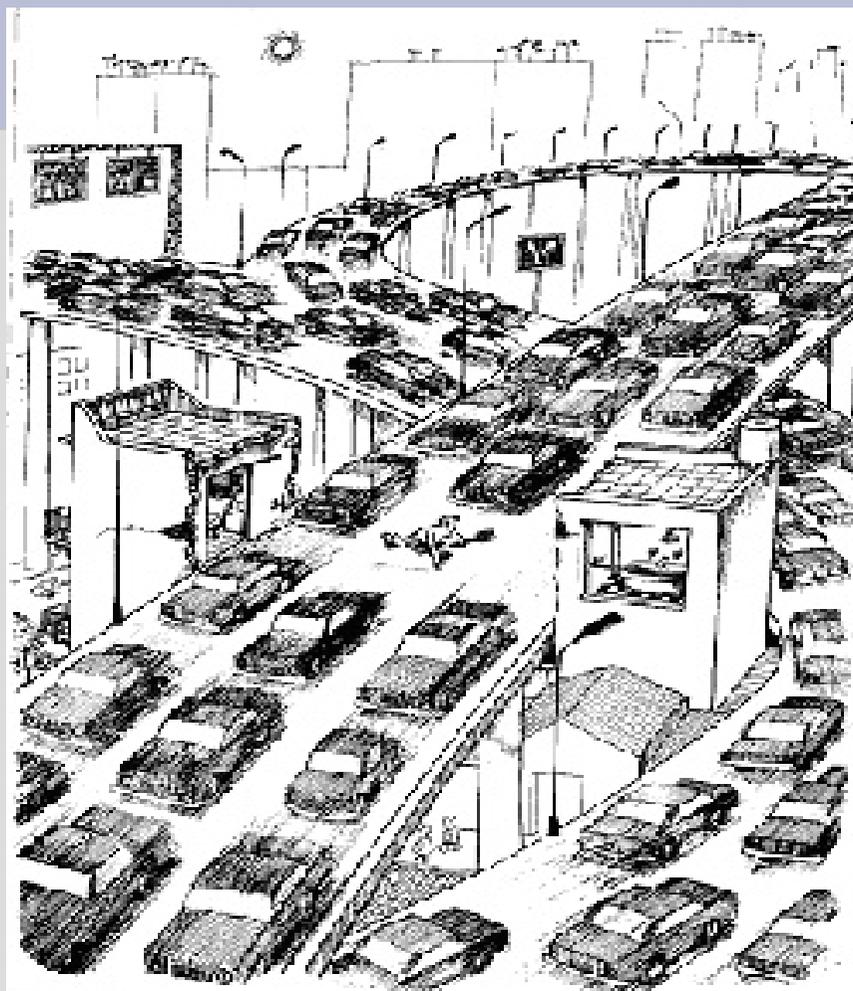
abuso di alcool e droghe

disordini alimentari

autocolpevolizzazione

psichiatrizzazione

## RUOLO DEI SERVIZI



*REGOLARE IL TRAFFICO DEI DIRITTI*

# Intervento ancora predominante proposto nei casi di violenza

**AUTORE**

**MEDIAZIONE  
CONCILIAZIONE**

**VIOLENZA**

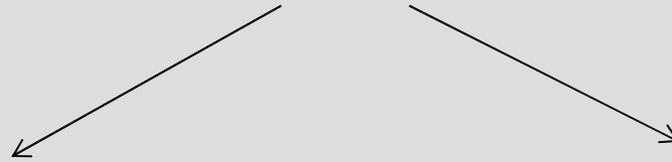
**VITTIMA**



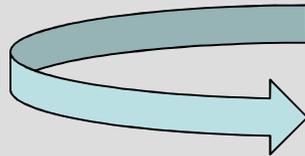
# PARADOSSO



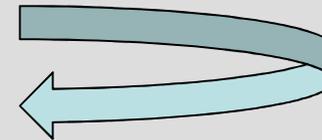
Contrattazione tra le due parti



Chi ha subito la  
violenza



Chi ha agito la  
violenza



**REATO**

# **PERCHE' LA VIOLENZA *viene equiparata a un CONFLITTO di coppia?***

## **IPOTESI**

- 1. PRESENZA DEI MINORI – EGUALI DIRITTI PER ENTRAMBI I GENITORI**
- 2. I MANDATI ISTITUZIONALI NON PERMETTONO DI AGIRE DIVERSAMENTE**
- 3. PRINCIPIO DI NEUTRALITA'**
- 4. MANCANO STRUMENTI LEGISLATIVI**
- 5. INESISTENZA DI SERVIZI SPECIFICI ISTITUZIONALI PER L'UOMO MALTRATTANTE**
- 6. MANCANZA DI COMPETENZA PER TRATTARE I CASI DI VIOLENZA**

## Violenza o conflitto?

**“Definire come conflitto o litigi o dissidi tra coniugi situazioni dove avvengono maltrattamenti anche gravi e reiterati, costituisce un occultamento dei fatti che alimenta a catena in servizi e istituzioni una distorsione nella lettura del reale, che ha effetti nefasti sulle vittime.”**

**“La negazione e la minimizzazione dei dati di realtà da parte degli operatori e la mancata descrizione di ciò che accade ha effetti negativi ai fini della protezione delle vittime e del trattamento di tutti i membri della famiglia, maltrattante compreso”** (*Luberti R.*)



**IL REATO SCOMPARE DENTRO LA RELAZIONE**

## Le denunce presentate dalle donne in fase di separazione sono false?

- **E' molto diffusa la credenza che le denunce di violenza contro se stesse e/o contro i figli avanzate dalle donne, soprattutto se in fase di separazione, possano essere false e finalizzate ad ottenere maggiori diritti (affidamento dei figli, attribuzione della casa...) o che abbiano finalità vendicativa.**

## Le ricerche dimostrano che...

- **La percentuale di false denunce non aumenta significativamente in fase di separazione (8% circa).**
- **La maggior parte delle denunce presentate in fase di separazione risultano nascere da vere violenze.**
- **Le denunce avanzate in fase di separazione ricevono minor attenzione.**

**(Thoennes e Pearson, 1998; Norris, 1993; Hume, 1997; Brown T., Frederico M., Hewitt L., Sheehan R., 2000...).**

## Sindrome di Alienazione Parentale (Richard Gardner, 1987)

- **Il genitore affidatario convince il figlio delle cattive intenzioni del genitore non affidatario, per cui il figlio inizia a provare sentimenti di ostilità e paura nei confronti del genitore non affidatario, a rifiutarsi di vederlo e di mantenere contatti con lui.**
- **Usata soprattutto nelle cause per sospetto abuso sessuale.**

## Limiti scientifici

- **La Sindrome di Alienazione Parentale è una teoria che si basa sulle osservazioni di un unico autore.**
- **Non è mai stata sottoposta a ricerche, studi empirici, né a validazione.**
- **Non è mai stata riconosciuta dall'APA e dall'AMA.**
- **Non è inserita in alcun manuale diagnostico.**

- ***Sono contrario all'eccessivo moralismo ed alle reazioni punitive espresse dalla nostra società contro la pedofilia, sproporzionate rispetto alla gravità del crimine.***
- ***La pedofilia è una pratica diffusa ed accettata tra milioni di persone.***
- ***Ognuno di noi ha delle pulsioni pedofile.***
- ***La pedofilia, iniziando precocemente i bambini alla sessualità, incrementa le possibilità riproduttive della specie umana.***
- ***....***

(Richard Gardner)

# Protezione

- **Proteggere i minori vittime di violenza assistita significa interrompere la violenza nei confronti del genitore che la subisce**
- **Necessita di una prima valutazione della pericolosità, del rischio e delle risorse protettive**
- **E' il prerequisito necessario e fondamentale per approfondimenti valutativi e interventi riparativi**
- **Segnalazione all'Autorità Giudiziaria: quali informazioni deve contenere per ottenere protezione?**

## Valutazione

**Valutazione psico-sociale (e medica) del danno e delle risorse:**

- **dei bambini**
- **della madre, tenendo conto del depotenziamento delle capacità genitoriali prodotto dalla violenza**
- **del maltrattante**

## Criteri di valutazione del genitore violento (anche indirettamente)

- Riconosce la violenza commessa e la propria responsabilità
- comprende gli esiti di tale violenza sul bambino e prova empatia per la sua sofferenza
- è capace di assumersi responsabilità e di attivare comportamenti riparativi aderendo ad un intervento
- dimostra interesse per il benessere del bambino e di essere in grado di sostenere la relazione

(Radford, 2003; Humphreys, 2003)

## Intervento

- Sul ***bambino***
- sulla ***madre*** e sul ***padre*** **SEPARATAMENTE**: storia personale e competenza genitoriale
- sulla ***relazione madre-bambino***: sostenere la comunicazione (*rompere la congiura del silenzio*), esplicitare i ruoli, le responsabilità e gli esiti; permettere l'espressione dei vissuti e delle ambivalenze.



# **LA VIOLENZA INTRAFAMILIARE NECESSITA DI UN APPROCCIO SPECIFICO**

# LA CONSAPEVOLEZZA

La consapevolezza del problema della violenza contro le donne ed i minori e dei suoi effetti sulla salute comporta una **revisione** delle pratiche di accoglienza e delle procedure che riguarda l'offerta dei servizi

# IL COLLOQUIO

- Domande semplici
- Visto come opportunità
- Preoccupazione dell'operatore/trice sanitario/a

# LE DOMANDE

Le domande sulla violenza domestica possono:

- Aiutare la donna ad identificare le responsabilità
- Fornire un ascolto al trauma subito
- Fornire suggerimenti per evitare escalation
- Documentare (o refertare)
- Fornire l'indicazione di possibili risorse e aiuti

# ATTEGGIAMENTO DELL'OPERATORE/TRICE

- Essere rassicuranti e non giudicanti
- Ascolto empatico
- Concentrazione
- Chiarezza ed onestà
- Assicurarsi di aver dato tutte le informazioni richieste ed ipotizzare un altro appuntamento

# INTERVENIRE SULLA VIOLENZA

- **Inquieta, perché percepita come intrusiva**
- **Suscita emozioni, che esigono elaborazione**
- **E' attività complessa e complicata**
- **Può richiamare vissuti personali dolorosi**
- **Può esporre a critiche, squalifiche, minacce**
- **Ma anche alla tentazione di negarla**
- **Richiede collaborazione tra professionalità**
- **E' un compito irrinunciabile e non delegabile**

# LA CORNICE DI RIFERIMENTO

- **E' la risorsa fondamentale dell'operatore**
- **Traccia i confini e le traiettorie dell'attività di tutela**
- **E' una cornice ampia, che va dalla prevenzione alla terapia che dovrebbe includere tutto il nucleo familiare**
- **Al centro della cornice è il minore**
- **Il focus è sul danno e sulla riparazione**
- **Il fine ripristinare relazioni familiari “sufficientemente sane”, dove questo è possibile**

# LE TAPPE OBBLIGATE

**E' fondamentale rispettarne la sequenza**

- **Rilevare**: notare, vedere, capire, ascoltare
- **Valutare**: l'entità del rischio, del danno
- **Proteggere**: dal pericolo
- **Segnalare**: se non c'è collaborazione
- **Denunciare**: quando se ne vedono le condizioni
- **Progettare**: un percorso di recupero

**Ad ogni tappa emerge il rischio di non vedere,  
negare, minimizzare, sottovalutare,  
improvvisare....litigare.....**

# **RISORSA DI BASE: L'APPROCCIO INTEGRATO**

- **La multifattorialità della violenza impone interventi multiprofessionali**
- **La formazione specifica per ogni professione deve comprendere anche la capacità di integrare i saperi**
- **Quindi impegno nel lavoro in équipe, che può far emergere differenze faticose da comporre, ma garantisce la qualità e l'efficacia del progetto di intervento e la trasmissione e diffusione di buone prassi.**

# LE RISORSE STRUTTURALI: L'EQUIPE E LA RETE

- **La rete si può costruire solo attraverso continui contatti e confronti non solo tra operatori (équipe) ma tra responsabili dei numerosi servizi coinvolti a vario titolo sul problema**
- **La rete deve essere non solo interprofessionale e interservizi, ma anche interistituzionale**
- **Questo richiede un'organizzazione costruita e condivisa attraverso tavoli di confronto, per creare pensieri e linguaggi comuni che possano favorire intese sulle procedure e sugli obiettivi.**

# LE RISORSE A DISPOSIZIONE IN CORSO D'OPERA

- **Colleghe con cui lavorare: l'équipe**
- **Servizi e istituzioni che collaborano: la rete**
- **Il Centro Antiviolenza**
- **Scuola, insegnanti, pediatri, volontari**
- **La famiglia, per capire, per evidenziare il sostegno e per ottenere il consenso**
- **La rete parentale come eventuale risorsa**
- **L'autorità giudiziaria quando non è possibile ottenere consenso e collaborazione o in caso di procedibilità d'ufficio**

# IL RUOLO DELL'EMOTIVITA'

- **Consente di entrare in sintonia**
- **Aprire possibilità di comprensione empatica**
- **Sostiene il quadro motivazionale**
- **Moltiplica le possibilità di ipotizzazione**
- **Aiuta nella gestione dei colloqui**
- **Suggerisce creatività**
- **Deve essere gestita con “intelligenza”, per non prevalere e indurre a negazioni o a interventi impropri.**

# VISSUTI EMOTIVI COME RISCHIO

- **Se non sono riconosciuti e legittimati**
- **Se manca un luogo in cui esprimerli**
- **Se inducono a “prendere le parti”**
- **Se diventano pervasivi e ottundono la lucidità di osservazione**
- **Se inducono alla negazione di quanto osservato**
- **Se bloccano la collaborazione tra colleghi e condannano alla solitudine**

# VISSUTI EMOTIVI COME RISORSA

- **Consentono accoglienza anche analogica**
- **Aprono alla possibilità di comprensione empatica**
- **Suggeriscono strategie comunicative efficaci per guadagnare consenso**
- **Sono la base su cui costruire alleanze, sia con l'utenza che con i colleghi**
- **Allontanano il rischio del giudizio**
- **Consentono di far percepire sostegno e protezione anche in contesto coatto**

# I PASSAGGI PIU' DELICATI E RELATIVE ESIGENZE

- **Nell'intervento alcune fasi richiedono particolari attenzioni**
- **La resistenza alla rivelazione rischia di diventare negazione**
- **La segnalazione/denuncia rischia di essere procrastinata da conflitti tra operatori**
- **L'intervento esige capacità di riconoscere e orientare il dolore dell'utenza**
- **La progettazione impone viva collaborazione tra operatori**

# CONCLUSIONE

- **L'operatore che si occupa di violenza dispone di risorse che spesso non conosce, non utilizza o sottovaluta**
- **Operare nel disagio non suscita solo vissuti emotivi negativi, comunque legittimi: l'emotività può rivelarsi anche una risorsa**
- **E' necessario impegnarsi per ottenere le risorse di base, strutturali e in corso d'opera, ma soprattutto quella costituita dalla possibilità di integrare i saperi professionali e le esperienze.**

Violenza contro le donne.  
Il colloquio di accoglienza in ambiente sanitario:  
l'ascolto in situazioni  
di prima visita.



## Il colloquio

- Domande semplici
- Visita come opportunità
- Preoccupazione dell'operatore/trice sanitario/a

## Le domande

Le domande sulla violenza domestica (**verbali** ed in modo **non giudicante**) possono:

- Aiutare la donna ad identificare il colpevole
- Fornire un ascolto al trauma subito
- Fornire suggerimenti per evitare escalation
- Documentare o refertare
- Fornire l'indicazione di possibili risorse e aiuti

## Atteggiamento dell'operatore/trice

- Essere rassicuranti e non giudicanti
- Ascolto empatico
- Concentrazione
- Chiarezza ed onestà
- Assicurarsi di aver dato tutte le informazioni richieste ed ipotizzare un altro appuntamento

## Quali domande?

- Domande dirette
  - subisce violenza fisica dal suo compagno?
  - si trova coinvolta in una relazione in cui si è sentita trattata male?
  - il suo compagno ha mai maltrattato i suoi figli?
  - il suo compagno l'ha mai costretta....

## Quali domande?

- Domande indirette:
  - Non so se è anche il suo caso, ma molte donne che vedo vivono situazioni di violenza...
  - Ho notato dei lividi (ecc.), com'è accaduto?
  - Il suo compagno sembra molto preoccupato, può significare che si sente colpevole. E stato lui a farle questo?
  - E' molto geloso, come si comporta con lei?
  - Sente mai di avere paura del suo compagno?
  - Le ha mai impedito...
  - Ha pistole o armi in casa?

# Procedure diagnostiche: effetti fisici e psichici della violenza

Diagnosi ed indagini cliniche relative:

- Salute sessuale, riproduttiva e gravidanza
- Salute mentale
- Medicina generale o d'urgenza

## Valutazione clinica e segni comportamentali: il controllo da parte del partner

- Il partner accompagna la donna, insiste per essere presente, risponde alle domande che le sono rivolte
- Riluttanza da parte della donna nel parlare in presenza del partner
- Gelosia e ossessività
- Segni di esagerata responsabilità per la relazione (auto-accuse per la violenza)

## Valutazione clinica e documentazione

**Un referto documentato e completo è essenziale per prevenire future ulteriori violenze.**

- Fornisce **evidenze concrete** della violenza
- È' **strumento attendibile** in un eventuale percorso legale

## Il referto

- Disturbo originario e descrizione dell'evento usando le stesse parole della donna
- Anamnesi medica completa
- Anamnesi sociale rilevante
- Dettagliata descrizione delle lesioni (tipo, n°, grandezza, localizzazione, risoluzione, possibili cause e spiegazioni date)
- Opinione sulle spiegazioni (compatibilità)
- Risultati delle procedure (laboratorio, foto a colori, radiografie, ecc)
- Citare eventuali presenza di denuncia attuale o pregressa

# Per i referti medici ammessi in tribunale, il medico deve essere preparato a testimoniare:

- Che il referto è stato fatto durante il regolare corso del lavoro
- seguendo le ordinarie procedure
- e che è stato protocollato e che l'accesso è limitato allo staff dei professionisti.

Stesse regole valgono per la segnalazione di reato procedibile d'ufficio obbligo degli incaricati di pubblico servizio.

## Le indicazioni di trattamento

La cura ottimale per una donna che vive una relazione violenta dipende anche dal lavoro di conoscenza dell'operatore sanitario rispetto alle **risorse della comunità** che possono offrire sicurezza, difesa e supporto.

## Coinvolgimento dei figli nel maltrattamento alle madi

- I bambini vengono **sempre coinvolti**
- 2/3 dei compagni violenti sono violenti anche nei confronti dei figli (Romito, 2005).
- Forte correlazione rilevata dai Centri Antiviolenza.
- Il 51% delle donne che si sono rivolte al GOAP nel 2005 ha figli minorenni che hanno subito e/o assistito a violenza.

## Trattamento e sicurezza

L'operatorio sanitario nell'ambito della valutazione della violenza deve preoccuparsi della **sicurezza** della donna e dei suoi figli pianificando assieme a lei le possibili alternative (prima che lei lasci il servizio a cui si è rivolta) fornendo informazioni scritte su opzioni legali, servizi pubblici e centri antiviolenza, case rifugio e altre risorse.

## I problemi legali

- Gli operatori sanitari devono essere consapevoli che la loro professione li mette di fronte a responsabilità e doveri nella gestione dei rischi per gli utenti.
- Pur continuando a mantenere il segreto professionale è importante discutere con i colleghi per confronto, supporto e suggerimento