



LA VIOLENZA FA MALE ALLA SALUTE DELLE DONNE

Stato delle conoscenze

12 DICEMBRE 2018

DOTT.SSA LUCIA BELTRAMINI
PSICOLOGA, PH.D., UNIVERSITA' DI TRIESTE

VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE DONNE

- La **violenza nei confronti delle donne** è *“una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul **genere** che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della liberta`, sia nella vita pubblica, che nella vita privata”*

[Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, 2011]

- Grave problema politico, sociale, culturale e di salute pubblica → **Le radici della violenza sono sociali, politiche e culturali, ma le conseguenze sono sanitarie**

VIOLENZA NEL CICLO DI VITA E IN DIVERSE CULTURE [OMS, 1997]

- Aborti selettivi
- Infanticidio delle bambine, trascuratezza nelle cure
- Violenze sessuali nella prima infanzia
- Matrimoni di bambine
- Mutilazioni sessuali femminili
- Violenze sessuali intra ed extra-familiari
- Pornografia e prostituzione infantile
- Violenze da "corteggiamento": "date rape"
- **Violenza "domestica", da partner o ex**
- Uccisione delle mogli, morte "da dote"
- Delitti "d'onore"
- Stupro
- Molestie sessuali sul luogo di lavoro
- Tratta e prostituzione
- Femminicidio

- Nel mondo, più di una donna su 3 (35%) ha vissuto violenza fisica e/o sessuale nella vita
- Violenza soprattutto da partner/ex: ne è vittima il 30% delle donne

[WHO, London School of Hygiene and Tropical
Medicine and the South Africa Medical Research
Council, 2013]

UN PROBLEMA DI SALUTE ENORME

▪ *“La violenza contro le donne e le bambine rappresenta un **problema di salute enorme**. A livello mondiale, si stima che la violenza sia una causa di morte o di disabilità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti del traffico e della malaria combinati insieme” [OMS, 1997]*

- **Impatto su salute fisica, mentale, sessuale riproduttiva;** sui comportamenti a rischio, sui comportamenti sanitari
- **Conseguenze a breve, medio, lungo termine**
- **Effetti diretti e indiretti, mediati cioè da meccanismi comportamentali e biologici (attraverso risposte neuronali, neuroendocrine e immunitarie complesse e interconnesse allo stress acuto e cronico)**

ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

- Le donne vittime di violenza ricorrono **tre volte più spesso delle altre ai servizi sociosanitari** (consultori, pronto soccorso, SerT, servizi psichiatrici); fanno più spesso **uso e abuso di psicofarmaci**; perdono più spesso **giorni di lavoro**; vanno più frequentemente incontro ad **invalidità** [WHO, 2002; Beydoun et al., 2017]
- In Italia, ha subito violenze nell'ultimo anno: il 12% delle donne ricoverate per un'interruzione volontaria di gravidanza [Romito et al., 2009]; il 14% di coloro che si rivolgono al pronto soccorso [Romito e Gerin, 2002]; il 9% tra le utenti dei medici di medicina generale [Romito et al., 2005]
- Più del 30% delle pazienti psichiatriche sono state esposte a violenza dal partner o sessuale → il 60% dei professionisti della salute mentale riferisce di non avere conoscenze adeguate e desiderano una maggiore istruzione su questi argomenti [Stewart & Chandra, 2017]

CONSEGUENZE SULLA SALUTE

[WHO et al., 2013]

HEALTH IMPACT: Women exposed to intimate partner violence are →

Mental Health

TWICE
as likely to experience depression



ALMOST TWICE
as likely to have alcohol use disorders



Sexual and Reproductive Health

16%
more likely to have a low birth-weight baby



15 TIMES
more likely to acquire HIV and 1.5 times more likely to contract syphilis infection, chlamydia or gonorrhoea



Death and Injury

42%
of women who have experienced physical or sexual violence at the hands of a partner have experienced injuries as a result



38%
of all murders of women globally were reported as being committed by their intimate partners



- Nel 2017: 87.000 donne uccise intenzionalmente nel mondo (media: 137 al giorno) → 58% da (ex)partner o da membro della famiglia [United Nations Office on Drugs and Crime, 2018]

L'IMPATTO DELLA VIOLENZA

[WHO et al., 2013; Bacchus, 2018; Beydoun et al., 2017; Dunkle, 2018; Stewart & Chandra, 2017]

- **Danni fisici:** lesioni addominali, lividi, mal di testa, mal di schiena, mobilità limitata e scarsa salute generale, sindrome da dolore cronico, disabilità, fibromialgie, fratture, disturbi gastrointestinali, disturbi neurologici, sindrome dell'intestino irritabile, lacerazioni e abrasioni, danni oculari, funzionalità fisica ridotta, ipertensione, cancro, malattie cardiovascolari

L'IMPATTO DELLA VIOLENZA

[WHO et al., 2013; Bacchus, 2018; Beydoun et al., 2017; Dunkle, 2018; Stewart & Chandra, 2017]

- **Danni fisici:** lesioni addominali, lividi, mal di testa, mal di schiena, mobilità limitata e scarsa salute generale, sindrome da dolore cronico, disabilità, fibromialgie, fratture, disturbi gastrointestinali, disturbi neurologici, sindrome dell'intestino irritabile, lacerazioni e abrasioni, danni oculari, funzionalità fisica ridotta, ipertensione, cancro, malattie cardiovascolari
- **Danni psicologici e comportamentali:** ansia, senso di colpa e vergogna, scarsa autostima, paure, fobie e attacchi di panico, abuso di alcol e droghe, disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno, disturbi psicosomatici, disturbo post-traumatico da stress (PTSD), comportamenti sessuali a rischio, comportamento suicida o autolesionista, psicosi. Ad esempio, una donna vittima di violenze corre un rischio di depressione dalle 5 alle 6 volte più elevato rispetto a chi non ne è vittima; il rischio di un tentato suicidio è di 26 volte maggiore tra chi ha vissuto violenze rispetto a chi non ne ha fatto esperienza [Jaspard et al., 2003]. Sfaldamento della rete di relazioni; isolamento sociale.

L'IMPATTO DELLA VIOLENZA

[WHO et al., 2013; Bacchus, 2018; Beydoun et al., 2017; Dunkle, 2018; Stewart & Chandra, 2017]

- **Danni fisici:** lesioni addominali, lividi, mal di testa, mal di schiena, mobilità limitata e scarsa salute generale, sindrome da dolore cronico, disabilità, fibromialgie, fratture, disturbi gastrointestinali, disturbi neurologici, sindrome dell'intestino irritabile, lacerazioni e abrasioni, danni oculari, funzionalità fisica ridotta, ipertensione, cancro, malattie cardiovascolari
- **Danni psicologici e comportamentali:** ansia, senso di colpa e vergogna, scarsa autostima, paure, fobie e attacchi di panico, abuso di alcol e droghe, disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno, disturbi psicosomatici, disturbo post-traumatico da stress (PTSD), comportamenti sessuali a rischio, comportamento suicida o autolesionista, psicosi. Ad esempio, una donna vittima di violenze corre un rischio di depressione dalle 5 alle 6 volte più elevato rispetto a chi non ne è vittima; il rischio di un tentato suicidio è di 26 volte maggiore tra chi ha vissuto violenze rispetto a chi non ne ha fatto esperienza [Jaspard et al., 2003]. Sfaldamento della rete di relazioni; isolamento sociale.
- **Danni sessuali e riproduttivi:** come disturbi ginecologici, sterilità, malattia infiammatoria pelvica, disfunzioni sessuali, gravidanze indesiderate, malattie sessualmente trasmesse. Il rischio di aborto è raddoppiato; 41% di probabilità in più di parto prematuro

IN ITALIA

[FRA, 2014; ISTAT, 2014; Ministero della Giustizia, 2017]



- Violenze da partner o ex, nel corso della vita (a partire dai 15 anni):
 - Fisiche o sessuali: 19% delle ragazze e delle donne // Psicologiche: 38%
 - 38% ha riportato ferite, lividi, contusioni → 20% è stata ricoverata in ospedale a seguito delle ferite; più di un quinto delle ricoverate ha avuto danni permanenti.
 - Più della metà delle vittime soffre di perdita di fiducia ed autostima (53%); ansia, fobia e attacchi di panico (47%), disperazione e sensazione di impotenza (46%), disturbi del sonno e dell'alimentazione (46%), depressione (40%), nonché difficoltà a concentrarsi e perdita della memoria (25%), dolori ricorrenti nel corpo (22%), difficoltà nel gestire i figli (15%), autolesionismo o idee di suicidio (12%)
 - Circa il 5% delle donne si è dovuta assentare dal lavoro e una quota simile non è riuscita a svolgere i compiti quotidiani di cura. Molte donne hanno avuto paura per la propria vita (36%)
- **1 femminicidio ogni 3 giorni**



... Senza dimenticare che se la donna ha dei figli/e, la violenza può impattare negativamente anche salute, sviluppo, comportamento, modelli di relazione di bambini/e e adolescenti

- Bambini/e sono vittime di violenza domestica anche in quanto testimoni [Convenzione di Istanbul, 2011]
- Spesso anche violenza diretta [40-70% dei casi; UNICEF, 2006]
- Danno alla relazione di attaccamento e alle competenze genitoriali materne [Bonura, 2016; CISMAL, 2017]
- Orfani speciali: in Italia, nel 2012-2014, 417 figli/e; 52 hanno assistito, 18 sono stati uccisi con la madre [Ferrara et al, 2015] → 1600 orfani speciali [2000-2014; Baldry, 2017]

UN FOCUS SULLA SALUTE DELLE RAGAZZE

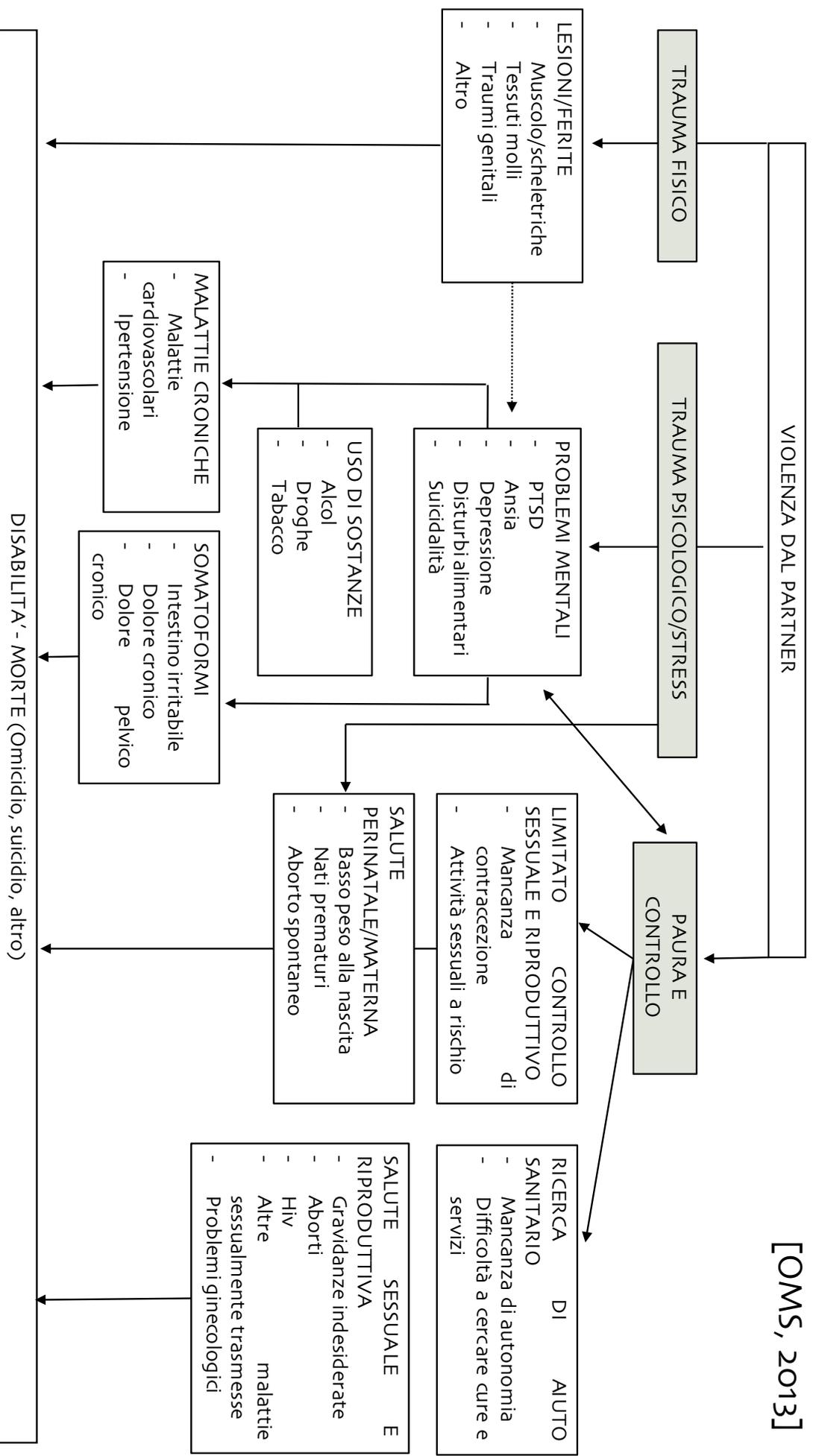
- **Una ricerca in FVG** [Romito, Beltramini, Escriba-Aguir, 2013]: Aver subito violenza nella coppia raddoppia il rischio, per le ragazze, di andare incontro a disturbi alimentari, depressione, attacchi di panico, pensieri suicidi
- **Se violenza dal partner**: rischio di andare incontro a bassa autostima, perdita di interesse per ciò che accade in famiglia, a scuola o negli altri contesti di vita, problemi di memoria e concentrazione, difficoltà scolastiche, disturbi del sonno, disturbi del comportamento alimentare, sintomi depressivi, attacchi di panico, abuso di alcolici, autolesionismo, gravidanze, complicazioni ginecologiche, malattie a trasmissione sessuale (rischio 2,6 volte maggiore). Violenza: secondo fattore di rischio per la disabilità per le ragazze di 20-24 anni nel mondo [Bacchus et al., 2018; Romito et al., 2017; WHO, 2017]
- **Soprattutto in presenza di violenza sessuale**: vissuti di colpa e vergogna, sintomi depressivi, ansia, disturbo post-traumatico da stress, disturbi alimentari, abuso di droghe o alcol, tentato suicidio [Silverman et al., 2001; WHO, 2017].

INDICATORI CHE POSSONO ESSERE NOTATI DAI SANITARI [Bonura, 2016]

- Ricorso frequente a cure mediche per lesioni compatibili con aggressioni
- Presenza di lesioni in vari stadi di guarigione o incompatibili con la dinamica dell'incidente riportata dalla donna
- Segni e sintomi compatibili con aggressioni fisiche quali: segni al collo, emorragie congiuntivali, perdita di capelli, segni di morsi, lesioni all'interno del labbro
- Ritardi nell'accesso alle cure sanitarie
- Rifiuto di visite ginecologiche in gravidanza
- Ripetute interruzioni di gravidanza
- Insistenza del partner nel presenziare alle visite
- Segnali di eccessiva tensione e preoccupazione se è costretta a ritardare il rientro a casa per un contrattempo

VIOLENZA DAL PARTNER

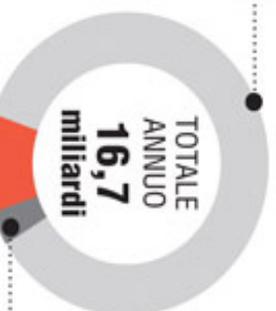
[OMS, 2013]



Quanto costa la violenza sulle donne

Ricaduta economica annuale sul Paese secondo le stime di Intervita Onlus

14,3 mld
Costi non monetari ed effetti moltiplicatori sociali



0,6 mld
Moltiplicatori economici

1,77 mld
COSTI DIRETTI



Sanitari
460 mln



Farmaci
44 mln



Giudiziari
421 mln



Costi dei servizi sociali dei Comuni
154 mln

Consulenza psicologica
158 mln



Ordine pubblico
235 mln



Spese legali
289 mln



Centri antiviolenza
8 mln



ANSA  centimetri

IL RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI

- Operatori sanitari: spesso tra i primi a vedere le vittime di violenza [Feder 2006] → Posizione potenzialmente unica per identificare e fornire assistenza e sostegno alle donne e ai bambini [Garcia-Moreno 2014]
- Molti ostacoli possono però impedire agli operatori sanitari di identificare e rispondere adeguatamente alle donne che subiscono violenza [Stewart & Chandra, 2017]:
 - Accettazione della violenza contro le donne e attribuzione della responsabilità alla vittima
 - Timore che, facendo una domanda sulla violenza, si entri in una situazione personale e troppo complessa
 - Paura di offendere, stressare o traumatizzare i pazienti
 - Sentirsi impreparati a gestire la situazione, perché non adeguatamente formati a farlo
 - Operatore/trice che ha vissuto esperienze di violenza
- Operatori non formati → Rischio di vittimizzazione secondaria delle vittime

FARE DOMANDE SULLA VIOLENZA NEI SERT E NEI CSM

[Beltramini & Romito, 2017; Minin, 2012]

- Questionari a 411 operatori/trici (infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali, ...) dei **CSM** e dei **Sert della Regione FVG** (20 su 24)

QUANDO PARTECIPA AL COLLOQUIO CON UN/A NUOVA UTENTE, LE/GLI CHIEDE SE HA SUBITO VIOLENZA?	
Sempre o quasi sempre	3%
Solo in alcuni casi (indizi evidenti, notizie evidenti)	38%
Solo quando è l'utente ad introdurre l'argomento	35%
Mai o quasi mai	24%

CONVENZIONE DI ISTANBUL: FORMAZIONE

▪ **Articolo 15 – Formazione delle figure professionali**

1. Le Parti forniscono o rafforzano un'adeguata formazione delle figure professionali che si occupano delle vittime o degli autori di tutti gli atti di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione in materia di prevenzione e individuazione di tale violenza, uguaglianza tra le donne e gli uomini, bisogni e diritti delle vittime, e su come prevenire la vittimizzazione secondaria.
2. Le Parti incoraggiano a inserire nella formazione di cui al paragrafo 1 dei corsi di formazione in materia di cooperazione coordinata interistituzionale, al fine di consentire una gestione globale e adeguata degli orientamenti da seguire nei casi di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione

LA FORMAZIONE FUNZIONA

- Personale sanitario che ha seguito un training sulla violenza durante il corso di studi, o che ha ricevuto una formazione continua dopo la laurea, ha più probabilità di porre domande alle donne e di identificare le vittime [Sitterding 2003; Spangaro et al., 2011; WHO, 2013]
- Valutazione del corso “*Violenza contro le donne e i minori: una questione di salute pubblica*” presso il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell’Università di Trieste [Beltramini & Romito, 2012] → Quasi esperimento (N = 75 a Trieste; controllo a Udine, N = 63)
 - Studenti/esse che hanno seguito la formazione: più conoscenze, meno pregiudizi, più consapevolezza e senso di responsabilità
- **Urgente necessità di integrare il tema della violenza nella formazione clinica per gli operatori sanitari → Formazione da inserire già nel corso degli studi (soprattutto per medici, infermieri, ostetriche) e da rivolgere a chi è già servizio [OMS, 2014]**

VIOLENZA E SALUTE PER L'OMS:

Le più recenti linee guida e piani di azione

- Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [WHO, 2013] - RICERCA
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [WHO, 2013] – LINEE GUIDA CLINICHE EVIDENCE-BASED
- Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook [WHO, 2014] – MANUALE CLINICO
- The global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children [WHO, 2016] – PIANO D'AZIONE
- Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A manual for health managers [WHO, 2017] – MANUALE PER RESPONSABILI SANITARI
- Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines [WHO, 2017] – LINEE GUIDA CLINICHE EVIDENCE-BASED

PRINCIPALI CARDINE

- Elementi chiave nella risposta del settore sanitario alla violenza contro le donne secondo l'OMS



CURE CENTRATE SULLA DONNA.
Supporto di primo livello quando rivela la violenza (ascolto empatico, atteggiamento non giudicante, privacy, riservatezza, collegamento ad altri servizi).



IDENTIFICAZIONE E ASSISTENZA.
Fare una domanda sulla violenza al fine di migliorare l'identificazione e la successiva assistenza.



NON BANALIZZARE MA NEANCHE MEDICALIZZARE.
ADOPTARE UN APPROCCIO SENSIBILE AL GENERE.



FORMAZIONE DEGLI OPERATORI.
IMPORTANZA DELLA RICERCA.



POLITICHE SANITARIE.
La cura per le donne vittime di violenza dovrebbe, per quanto possibile, essere integrata nei servizi sanitari esistenti piuttosto che come servizio autonomo.



DENUNCIA NON OBBLIGATORIA.
Non è raccomandata la denuncia obbligatoria (salvo nei casi previsti per legge)

LINEE GUIDA E FORMAZIONE [WHO, 2013]

- **La formazione degli operatori socio-sanitari è essenziale:**
 - Erogata/coordinata da operatrici dei Centri Anti-violenza
 - Multidisciplinare → lavoro di rete
 - Rispetto dei diritti umani e promozione della parità di genere
 - Confrontare operatori/trici con i loro pregiudizi
 - Inserirla nel corso degli studi (soprattutto per medici, infermieri, ostetriche); rivolgerla a chi è già servizio
 - Proposta a intervalli regolari
- Valutazione dell'efficacia

LE LINEE GUIDA NAZIONALI [2018]

- Linee guida nazionali per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne che subiscono violenza [Decreto Presidente Consiglio dei Ministri del 27-11-2017]
- Recepite dalle Aziende sanitarie e ospedaliere che al loro interno hanno un Pronto Soccorso
- *“Il Percorso per le donne che subiscono violenza, di seguito delineato, dovrà garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita.”*
- Sono coinvolti nel Percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna, testimoni o vittime di violenza
- Lavoro di rete

L'AGENDA 2030 PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE [ONU, 2015]

- *"17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (...) mirano a realizzare pienamente i diritti umani di tutti e a raggiungere l'uguaglianza di genere e l'emancipazione di tutte le donne e le ragazze"* [ONU, 2013]



- **Obiettivo 5:**
Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze
- 9 sotto-obiettivi
- **Sotto-obiettivo 5.2:** Il piano riconosce la necessità che il sistema sanitario lavori in tandem con altri settori nell'applicare un approccio di sanità pubblica per affrontare la violenza contro donne e ragazze. Comprende azioni basate sull'evidenza che contribuiscono alla prevenzione e alla risposta all'interno del sistema sanitario e in tutti i settori [WHO, 2016]

"Gli operatori sanitari possono aprire una porta semplicemente ponendo una domanda sulle esperienze di violenza. Alcune donne quando risponderanno "sì" saranno immediatamente in grado di passare attraverso quella porta. Altre donne risponderanno di no alla domanda sulla violenza anche se sono ancora vittime di violenza domestica. Hanno bisogno di più tempo e di maggior fiducia nell'operatore prima di poter rispondere onestamente. Ma la porta è stata comunque aperta e potrebbero essere più pronte a parlarne se la domanda verrà posta di nuovo. Dando alla paziente che ha risposto di "no" il messaggio che l'operatore è interessato a sapere, la porta resta aperta" [United Nations Population Fund [UNFPA], 2001, p. 15]