



GLI OPERATORI SANITARI E LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

F. Scrimin



World Health Organization

- LA VIOLENZA E' UN PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA
- “ l'impegno congiunto di settori diversi, la salute, l'educazione, i servizi sociali, la politica, la giustizia ha portato a risolvere problemi che vengono ritenuti puramente medici”
- “ la prevenzione comincia con una descrizione delle dimensioni del problema”
- World Report on Violence and Health , WHA 49.25 1996
- Policy Compendium OMS 2013 inserisce la violenza di genere tra gli indicatori di salute



In Italia

- **ISTAT 2006**
- La violenza ed i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia
 - 25.000 donne tra i 16 e i 70 anni
- **ISTAT 2009**
- Le molestie ed i ricatti sessuali sul lavoro
 - 24.300 donne tra i 14 ed i 65 anni

- Oggi sappiamo che le donne vittime di maltrattamenti accusano qualsiasi problema di salute più spesso che le donne che non ne subiscono
- Le donne maltettate accedono più frequentemente ai nostri PS e MMG

WHO 2002, Ministero della Salute 2008

Camaci Social cohesion and mortality 2012

“La mortalità è strettamente legata al livello di integrazione e coesione sociale”

Posso permettermi di non conoscere i fattori contestuali?

- Devo farmi le domande giuste
- Deve accendersi la lampadina
- Protocolli semplici ma mente aperta alla complessità

Closing the gap

Royal College of Physicians

- Come i medici possono chiudere il gap?
- Cambiare prospettive: approccio multidisciplinare
- Cambiare sistema sanitario: inclusivo
- Cambiare il percorso educativo formativo

- Gli operatori sanitari sono i primi a vedere le vittime di violenza
- Hanno possibilità di intervento perché godono di una posizione di autorevolezza

La violenza è sottovalutata dagli operatori sanitari?

- La medicina di oggi tende ad affrontare gli aspetti biologici (il tema delle salute globale)
- Siamo poco preparati a legare la malattia alle condizioni di vita
- La frequenza della violenza è tale da rendere impossibile che un operatore sanitario non si debba confrontare più volte con donne vittime di violenza

Indagine sui medici ed operatori sociosanitari di in merito alla violenza sulle donne

- Bologna, Gonzo 2000
- La maggior parte non ha mai incontrato donne vittime di violenza
- Roma , Alinari 2003
- 190 MMG il 34% non ha mai avuto la sensazione di avere a che fare con vittime di violenza
- La violenza viene considerata un problema culturale sociale psicologico, di sicurezza che riguarda assistenti sociali psicologi forze dell'ordine

La violenza contro le donne è un problema sanitario che va riconosciuto

- I pregiudizi degli operatori: classi sociali inferiori, disoccupazione, abuso di alcol, problemi psicologici degli aggressori
- se non fosse che una ricerca commissionata dall'ordine dei medici di Roma -2010- documenta che il 25% delle donne medico afferma di aver subito forme di violenza

American Medical Association Guideline 2002

- Prevenzione individuazione precoce e trattamento dei casi di violenza nella popolazione femminile nei Sistemi Sanitari

- Il mancato riconoscimento della violenza ha come conseguenza la cronicizzazione dei sintomi
- La prescrizione di esami e terapie inutili aumenta i costi ma non migliora la salute
- La trascuratezza del fenomeno aumenta la sfiducia della vittima
- Una situazione cronica di violenza può sfociare nella morte con una incidenza maggiore rispetto all'obesità o alla ipertensione

- La violenza del partner nelle donne tra i 18 e i 44 anni è responsabile del 7,9% dei problemi di salute femminile
- RR maggiore di malattie croniche per cui la spesa è molto elevata: fumo, obesità, ipertensione

Vos et al 2006

- La storia della richiesta di intervento chirurgico alla vulva di Maria Consuelo

Marta anni 14

- Segnalo di aver visto in data xxxx presso il Servizio di Accettazione del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'IRCCS Burlo Garofolo, la minore M. R
- M si è presentata accompagnata dalla mamma per polimenorrea: cicli mestuali abbondanti ogni 10 giorni.
- Nel corso del colloquio riferisce di vivere una forte situazione di stress in seguito ad una violenza sessuale subita in agosto ma di cui sarebbe riuscita a parlare con i genitori solo da pochi giorni.
- In seguito a questo avrebbe sviluppato paura ed angoscia che avrebbero determinato una compromissione psichica al punto da necessitare ricovero di circa 20 giorni presso la Struttura di Neuropsichiatria dell'IRCCS Burlo Garofolo e trattamento farmacologico.
- La madre riferisce di aver segnalato l'episodio ai Carabinieri di G. da qualche giorno.

Violenza e salute riproduttiva

- Contraccezione autonomia delle scelte riproduttive

La sfera riproduttiva rientra tra gli ambiti in cui è più facile rendere “fragile” la donna

L'ansia può rendere le vittime meno lineari nella scelta contraccettiva

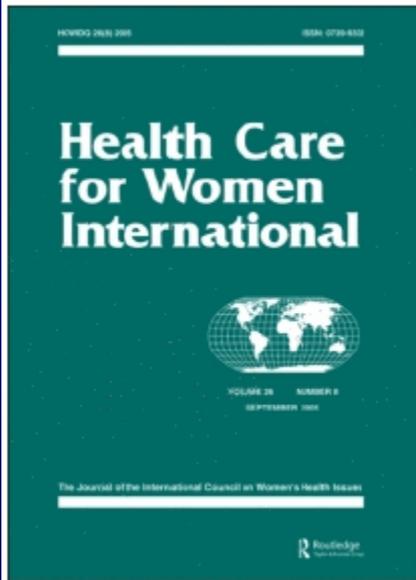
Il partner può impedire alla donna di utilizzare un contraccettivo sicuro

Interruzione volontaria di gravidanza

- Un partner violento può manipolare forzare la donna ad abortire
- Può forzarla a continuare la gravidanza anche se lei preferirebbe abortire

- La storia di Masha

Le nostre pazienti



Health Care for Women International

Publication details, including instructions for authors and subscription information:

<http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713723020>

Violence and Women's Psychological Distress After Birth: An Exploratory Study in Italy

Patrizia Romito ^a; Janet Molzan Turan ^b; Torsten Neilands ^b; Chiara Lucchetta ^c; Laura Pomicino ^c; Federica Scrimin ^c

^a Department of Psychology, University of Trieste, Trieste, Italy ^b University of California, San Francisco, California, USA ^c Institute for Maternal and Child Health, IRCCS Burlo Garofolo, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Trieste, Trieste, Italy

Online Publication Date: 01 January 2009



VIOLENCE IN THE LIVES OF WOMEN IN ITALY WHO HAVE AN ELECTIVE ABORTION

Patrizia Romito, PhD^{a,*}, Vicenta Escribà-Agüir, PhD^{b,c}, Laura Pomicino, MA^d,
Chiara Lucchetta, MA^e, Federica Scrimin, MD^e, and Janet Molzan Turan, PhD^f

^a*Department of Psychology, University of Trieste*

^b*Centre for Public Health Research, Valencia, Spain*

^c*CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain*

^d*University of Trieste, Trieste, Italy*

^e*Institute for Maternal and Child Health- IRCCS "Burlo Garofolo," Trieste, Italy*

^f*Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, University of California, San Francisco, California*

Received 1 March 2009; revised 16 July 2009; accepted 16 July 2009

Table 1. Social and Demographic Characteristics of the Women Interviewed

	Elective Abortion		<i>p</i>	Childbirth	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Total	445	100		438	100
Educational level			<.001		
University	54	12.2		137	31.3
High school	198	44.7		199	45.4
Less than high school	191	43.1		102	23.3
Employment status			<.001		
Regular employment	207	46.7		283	64.6
Irregular/unemployed/ student	177	40.0		75	17.1
Housewife	59	13.3		80	18.3
Financial problems			<.001		
No	277	63.2		363	83.1
Yes	161	36.8		74	16.9
Number of previous live births			.019		
0	299	67.6		257	59.1
1	109	24.7		144	33.1
≥2	34	7.7		34	7.8
Age (yrs)			<.001		
13–29	258	58.0		324	74.0
≥30	187	42.0		114	26.0
Living alone			<.001		
No	403	90.6		433	98.9
Yes	42	9.4		5	1.1
Nationality			<.001		
Italian	328	73.7		391	89.3
Non Italian	117	26.3		47	10.7

Table 2. Current and Past Violence Experienced by the Women Interviewed

	Elective Abortion		<i>p</i>	Childbirth	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Total	445	100		438	100
Current male partner violence					
Psychological			<.001		
No	389	89.0		425	97.5
Yes	48	11.0		11	2.5
Physical			<.001		
No	418	95.4		432	99.1
Yes	20	4.6		4	0.9
Sexual			.056		
No	428	98.2		434	99.5
Yes	8	1.8		2	0.5
Current family violence					
Psychological			<.001		
No	411	93.8		431	98.9
Yes	27	6.2		5	1.1
Physical			.008		
No	431	98.4		436	100
Yes	7	1.6		0	.0
Violence in childhood or adolescence					
Psychological			.005		
No	392	89.9		414	95.0
Yes	44	10.1		22	5.0
Physical			.077		
No	389	89.2		404	92.7
Yes	47	10.8		32	7.3
Sexual			.074		
No	413	94.3		422	96.8
Yes	25	5.7		14	3.2

durante la gravidanza₁

Nei paesi occidentali, si stima che tra il 2 e il 6% delle donne incinte subiscono violenza

Vari studi hanno mostrato che la violenza in gravidanza si associa a rischi maggiori di:

- ipertensione,
- edema,
- emorragie,
- aborti spontanei,
- parto cesareo,
- parto pretermine,
- nati morti e
- bambini con peso basso alla nascita

- Secondo l'American College of Physicians (2003), la violenza domestica è causa di morte tra le donne incinte più spesso di quanto lo sia qualsiasi altra condizione singola associata alla gravidanza.

Depressione post-partum

- C'è una forte associazione tra violenza del partner o di altri familiari e depressione, sia in gravidanza sia dopo il parto.
- La storia di Aria....

LE IMPLICAZIONI DI QUESTI STUDI PER GLI OPERATORI DEL SSN

- E' NECESSARIO INSERIRE DEGLI SCREENING CHE VALUTINO LA VIOLENZA DEL PARTNER O DELLA FAMIGLIA SOPRATTUTTO TRA LE GIOVANI DONNE CHE PRESENTANO QUESTE PATOLOGIE

- Il monitoraggio della gravidanza con visite ripetute nei mesi, la richiesta di contraccezione, i controlli periodici col pap test, gli accessi per i disturbi vulvovaginali, che ogni donna presenta nella vita, sono premesse che creano stabilità e una confidenza particolare tra la donna e gli operatori

- Chi lavora in ambito ostetrico e ginecologico potrebbe avere un'opportunità privilegiata, soprattutto se donna, per far emergere la storia di violenza. Le pazienti sarebbero più disponibili ad aprirsi in un contesto in cui si parla della loro salute riproduttiva.
- Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, violence & abuse* 2007; 8:149-77. ■

- ... *“ QUESTE DONNE SPESSO INTERAGISCONO CON NUMEROSE FIGURE DEL SISTEMA SANITARIO: OSS, INFERMIERI, MEDICI, PSICOLOGI, ASSISTENTI SOCIALI ANESTESISTI , GINECOLOGI ”*

- *“TUTTI QUESTI PROFESSIONISTI DOVREBBERO ESSERE INFORMATI E FORMATI IN MODO DA ESSERE IN GRADO DI SUPPORTARLE, AIUTARLE A SCAPPARE DALLA VIOLENZA, PREVENIRE ALTRE FORME DI MALATTIA”*

Nonostante questo esiste una difficoltà o forse paura o incapacità degli operatori a leggere dietro a diversi sintomi il disturbo maggiore: la violenza.

- Cause :
- scarsa conoscenza del fenomeno,
- mancato coordinamento ed integrazione coi servizi sociali,
- paura di rilevare un fenomeno la cui risposta non è strettamente tecnico sanitaria ma più complessivamente socio-sanitaria
- percezione di “inadeguatezza”, “disagio”, “impotenza”, “fastidio”, “mancanza di tempo”.

Le vittime

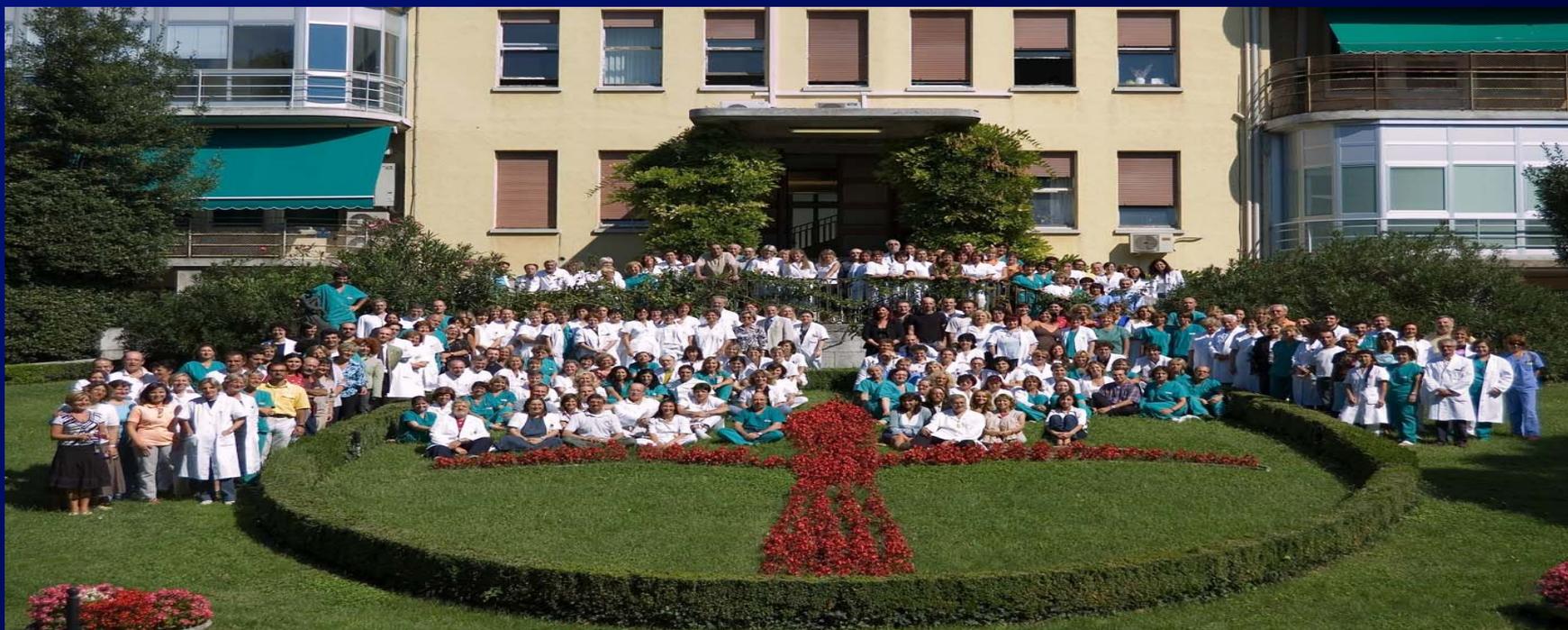
- Si presentano con un carico di sofferenza che, nonostante le cure, non migliora anzi tende a peggiorare.
- Sono donne che spesso gli operatori considerano “difficili” sbagliano a presentarsi agli appuntamenti, li dimenticano,
- sbagliano nell’assunzione dei sistemi contraccettivi, ricorrono frequentemente all’interruzione di gravidanza,
- non assumono correttamente le terapie per le malattie a trasmissione sessuale, non si proteggono da queste

Imparare a riconoscere le strategie di sopravvivenza delle vittime

- Incapacità di autonomia decisionale
- Assoggettamento alle finalità altrui
- Devono pensare alla sopravvivenza
- Controllare l'ambiente per prevenire le violenze più gravi e proteggere i figli (E. Reali)

- Le linee guida delle principali società scientifiche di ostetricia e ginecologia invitano il medico ad affrontare con domande esplicite il problema della violenza in caso di interruzione di gravidanza ripetuta o malattia a trasmissione sessuale trascurata o depressione postpartum

La nostra cartella clinica



Il testo

- **Quali sono i sintomi che devono farci accendere la lampadina?**

In ginecologia:

- Accessi frequenti/ ripetuti/ consecutivi al pronto soccorso per vulvovaginiti, cistiti.
- Bruciore vulvovaginale con colture negative
- Vulvodinia, dolore vulvare o vestibolare in assenza di lesioni evidenti
- Richieste frequenti di contraccezione postcoitale
- Presenza di lividi, ematomi alla braccia o alle mammelle e/o cicatrici alla faccia mediale delle cosce rilevate alla visita ginecologica o senologica

In ostetricia

- Interruzioni di gravidanza ripetute
- Depressione durante la gravidanza.
- Depressione o tentativo di suicidio dopo il parto. (3 causa di morte materna)
- Abuso di alcol durante la gravidanza

- **Quali sono i comportamenti pratici che possiamo mettere in atto in un ambulatorio ostetrico ginecologico o nel pronto soccorso?**

- Mantenere stabilmente corsi di formazione ed aggiornamento per garantire che tutto il personale abbia una adeguata sensibilità, capacità di raccolta dati e materiale.
- Avere percorsi condivisi per il supporto alle vittime tra operatori sanitari e sociali dei servizi pubblici, delle Associazioni (numeri di telefono a disposizione) e con le forze dell'ordine.

- Avere cartelle cliniche dedicate specifiche per donne che denunciano maltrattamenti, abusi, violenze sessuali, in modo da non dimenticare o trascurare nulla della raccolta dati/ macchina fotografica a disposizione)
- Non dimenticare che la violenza psicologica può essere altrettanto devastante della violenza fisica

- Non dimenticare che la ragazza o la donna possono subire violenze anche da altri familiari, non solo dal partner.
- Mettere materiale informativo, poster etc, che parli della violenza e dia numeri di telefono o indirizzi di associazioni di aiuto nelle sale d'attesa. La presenza del materiale mantiene anche viva anche la memoria degli operatori.
- Gli ambulatori ostetrico ginecologici devono garantire la privacy. Vanno sempre evitate le porte aperte e il personale deve evitare il via vai continuo.

- **Che cosa è importante chiedere alle pazienti?**

- La maggior parte delle vittime non parlano spontaneamente della loro situazione ma qualora il medico riscontri sintomi sentinella ed interroghi generalmente si aprono e collaborano.
-
- Se abbiamo il dubbio ma la donna non si apre: fissare appuntamenti successivi, mantenere il rapporto

- Se i sintomi sono gravi esplicitare i timori:

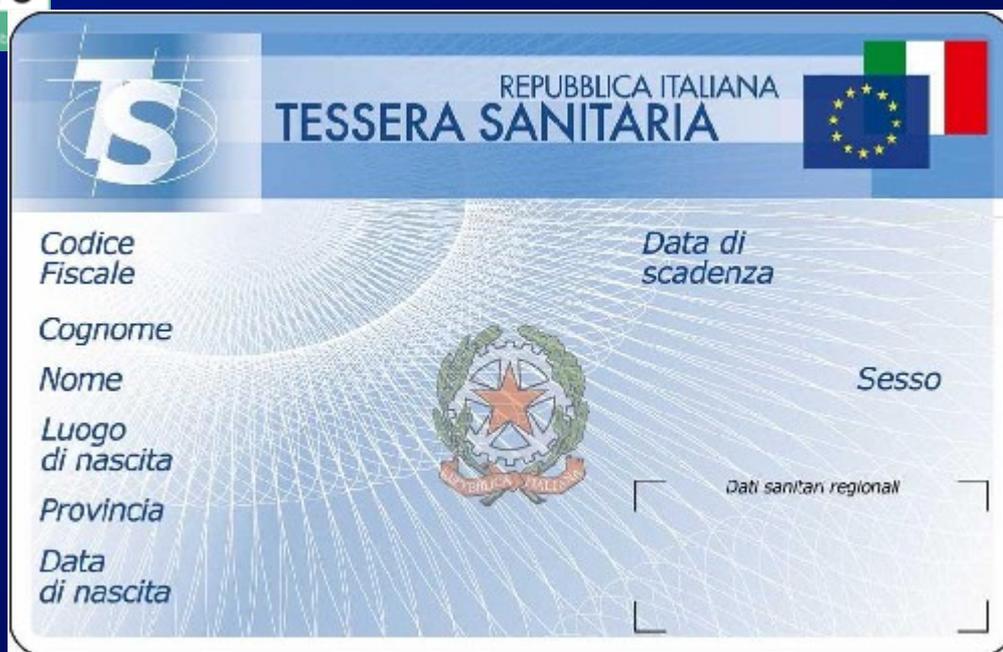
“Una condizione di violenza o di stress potrebbe essere causa della sua ipertensione, del fatto che lei non riesce ad usare i contraccettivi. Come possiamo aiutarla?”

Se la paziente verbalizza la violenza ma non intende o non è capace di interrompere il rapporto con l'aggressore

invitarla ugualmente ad un incontro con associazioni di volontariato o servizi sociali per pensare insieme a “ vie di fuga” in caso di emergenza, per lei ed eventualmente per il neonato

Dopo il parto

- ritardare la dimissione ospedaliera ed approfittare del tempo di ricovero per creare una relazione confidenziale e rassicurante con un componente dello staff, farla incontrare con l'operatore sociale



CENTRO ANTIVIOLENZA GOAP

Lunedì - Martedì - Giovedì - Venerdì 9-12

Lunedì - Mercoledì 15-18, Sabato 09-12

3/5, v. S. Silvestro **040 3 478 827**

Fax: 040 3 478 856

www.goap.it

D.Lgs. 25 luglio '98, n°286 - D.P.R. 31 agosto '99, n°394 - n°5 del 24 marzo '00

Principali indicazioni previste

**Ampliamento delle garanzie di assistenza per
Stranieri Temporaneamente Presenti
(irregolari e clandestini)**

**Garanzia di cure ospedaliere e ambulatoriali per urgenze
malattie essenziali, medicina preventiva e riabilitativa**

Particolare tutela per donne e minori

Attenzione alle malattie infettive ed alla profilassi internaz

**Divieto di segnalazione all'autorità prefettizia dell'irregolarità
che ha usufruito di una prestazione sanitaria**