

Dipartimento ASSI
U.O. Famiglia Infanzia Età Evolutiva

Protocollo
" Accoglienza Ospedaliera di donne vittime di violenza "
Analisi dei dati
Anno 2012



*" Le donne sono un solo popolo
disseminato ovunque nel mondo.
Hanno problemi eguali
che attraversano e travalicano
religioni, costumi, culture.
La violenza è il problema."*

Shirin Ebadi
Avvocata iraniana
Premio Nobel 2003

Premessa

L'ASL di Brescia ha sottoscritto da due anni un Protocollo con le Aziende Ospedaliere pubbliche e private accreditate che prevede per gli operatori del Pronto Soccorso la rilevazione delle donne vittime di violenza, la proposta di un percorso di sostegno e la contestuale segnalazione ai Consulenti Familiari per la presa in carico.

Anche nel 2012 è pertanto continuato il lavoro di rilevazione, di riflessione e di confronto sui dati relativi alle segnalazioni da parte dei Pronto Soccorso di tutte le Aziende Ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Per tutte le Istituzioni e le varie realtà territoriali, riferimento comune è la definizione di violenza domestica formulata da WHO nel 1996

" ogni forma di violenza fisica, psicologica o sessuale che riguarda tanto soggetti che hanno, hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo" (fidanzati e conviventi, ex coniugi o ex fidanzati, etc...).

Il fenomeno della violenza alle donne sta diventando una priorità che deve interrogare diverse realtà e attivare reti di sostegno e di solidarietà.

Per quanto riguarda l'ASL, esiste la consapevolezza che il problema richiede maggiore conoscenza rivolta a tutte le tipologie di violenza (fisica, psicologica, sessuale, stalking ecc) e un rapporto anche con altri interlocutori (associazioni e Forze dell'Ordine), oltre alle strutture sanitarie. Nonostante ciò, l'attuale focus di attenzione appare comunque significativo perché intercetta un numero rilevante di donne vittime di violenza fisica e con un livello di gravità tale da richiedere l'accesso al Pronto Soccorso. Gli operatori dei Consulenti Familiari seguono altresì alcune donne che accedono spontaneamente e la loro richiesta è motivata dalla sofferenza collegata a episodi di violenza con il partner. Queste richieste sono purtroppo un numero ancora estremamente esiguo, nonostante la consapevolezza di una maggior diffusione del fenomeno.

Nel territorio diverse realtà del privato sociale si stanno interessando al problema della violenza alle donne con proposte di iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione.

Per approfondire il fenomeno dell'accoglienza e del sostegno all'interno dei Consulenti Familiari, è stato costituito un **gruppo di lavoro** composto da assistenti sociali e psicologi dei Consulenti familiari dell'ASL con l'obiettivo di approfondire la modalità di accoglienza e di presa in carico della donna. A tal fine è stata predisposta una rilevazione specifica relativa alle situazioni seguite dall'èquipe consultoriale.

Il presente documento descrive l'elaborazione dei dati relativi alle segnalazioni di tutti i Pronto Soccorso e quelli riguardanti le donne seguite in Consultorio familiare con un progetto d'intervento.

Si è altresì consapevoli che **non sia sufficiente conoscere i dati**, ma sia base indispensabile per una lettura del fenomeno nel nostro territorio e per attivare

contestualmente la presa in carico delle donne e la sinergia tra tutte le realtà impegnate in questo ambito, in modo che gli interventi siano integrati e diversificati per soddisfare i molteplici bisogni delle donne vittime di violenza.

L'obiettivo è quello di approfondire la collaborazione e implementare gli interventi rivolti alle donne vittime di violenza.

Le segnalazioni dal Pronto Soccorso

Tutti i Presidi di Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere pubbliche e private accreditate, in attuazione del protocollo sottoscritto con l'ASL, trasmettono una scheda con i dati della donna vittima di violenza, precisando se la stessa ha accolto la proposta di un aiuto e sostegno da parte degli operatori del Consultorio Familiare.

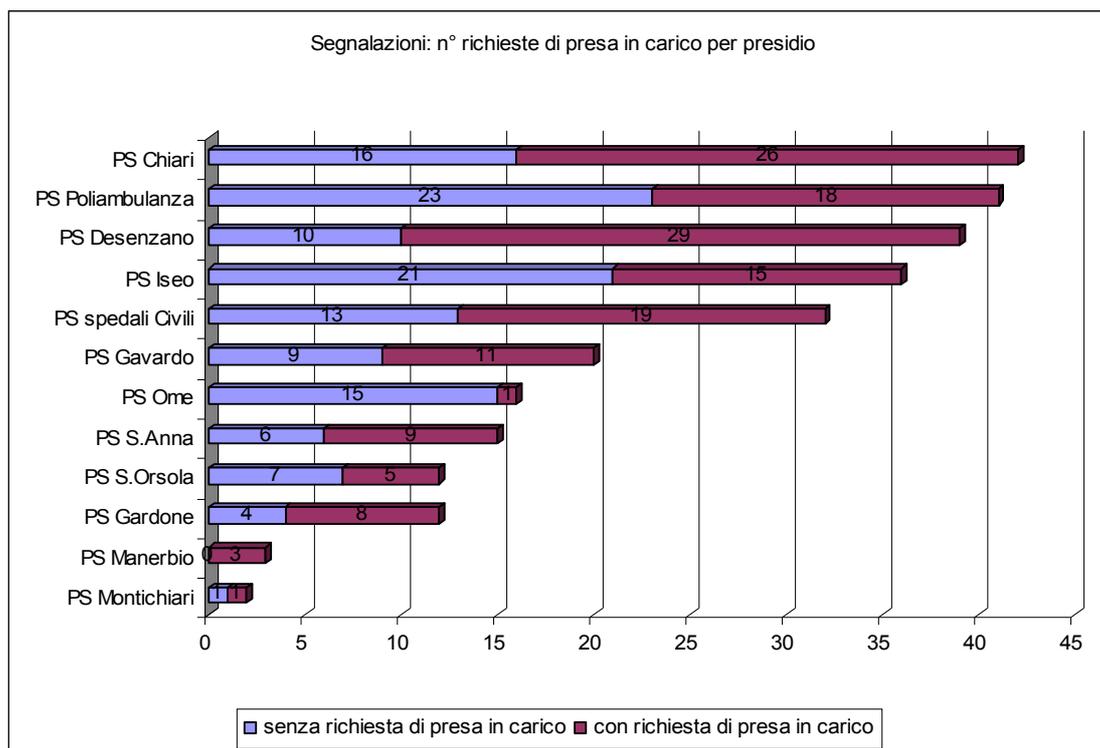
Ovviamente il tipo di violenza rilevato è circoscritto alla violenza fisica, ma non va dimenticato che la violenza psicologica produce anch'essa sofferenza. Per quanto riguarda la violenza sessuale, la casistica attuale non fornisce dati significativi, non essendo pervenuta alcuna segnalazione.

Non va trascurata la specificità del Pronto Soccorso, quale presidio ospedaliero che gestisce le situazioni di emergenza con l'obiettivo quindi, per queste situazioni, di riparare e sanare le conseguenze di un atto violento e di inviare ad altri servizi la presa in carico del paziente.

Tabella n. 1

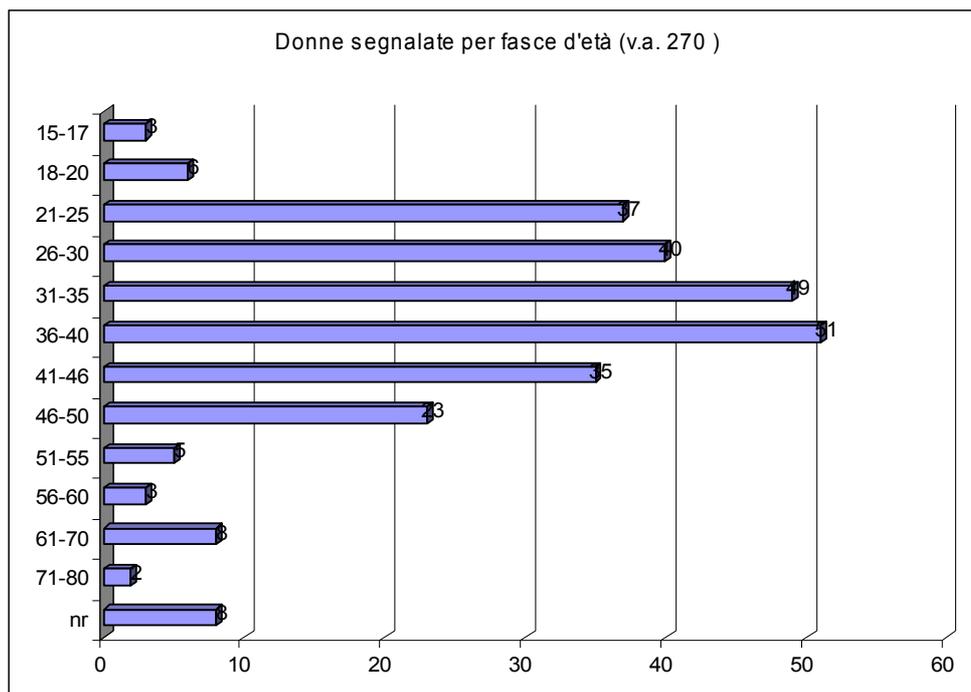
anno 2012 - n° segnalazioni dal Pronto Soccorso e n° donne prese in carico								
Pronto Soccorso	n° segnalazioni	italiana	straniera	senza richiesta di presa in carico	con richiesta di presa in carico	inserita in c.p.i. dal P.S.	rinuncia alla presa in carico	presa in carico
Ospedale Civile BS	32	9	14	13	19	4	6	13
Presidio Gardone VT	12	3	5	4	8	2	0	8
Clinica Sant'Anna	15	2	9	6	9	3	2	7
Fondazione Poliambulanza	41	9	20	23	18	2	6	10
Ospedale Sant'Orsola	12	1	6	7	5	0	2	2
Clinica San Rocco - Ome	16	6	7	15	1	0	0	1
Presidio Iseo	36	13	13	21	15	0	0	14
Presidio Chiari	42	16	24	16	26	0	3	22
Presidio Montichiari	2	0	1	1	1	0	1	0
Presidio Manerbio	3	1	2	0	3	1	1	2
Presidio Desenzano	39	6	18	10	29	4	2	23
Presidio Gavardo	20	5	8	9	11	0	3	9
TOTALE	270	71	127	125	145	16	26	111

Grafico 1



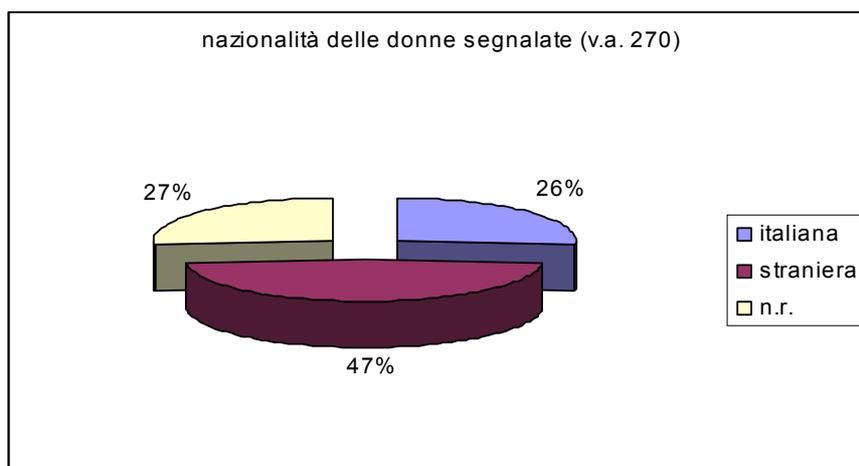
La tabella n. 1 ed il grafico n. 1 rappresentano le segnalazioni, trasmesse dai Presidi di Pronto Soccorso, evidenziando le richieste di presa in carico e il numero di donne che poi effettivamente sono state seguite nei Consultori Familiari in quanto motivate ad affrontare la loro situazione di sofferenza.

Grafico 2



L'età delle donne segnalate, come illustrato nel grafico n. 2, pone in evidenza che il maggior numero di donne segnalate riguarda la fascia d'età compresa tra i 35 ed i 40 anni, con lieve scarto rispetto alle fasce d'età inferiori. Il grafico evidenzia che le segnalazioni riguardano prevalentemente donne con età compresa tra i 20 ed i 45 anni. La presenza, pur in numeri meno rilevanti, di giovani con età inferiore ai 25 anni, pone e attiva riflessioni sulla presenza di elevata conflittualità con episodi di violenza, anche in coppie giovani.

Grafico 3



Il grafico n. 3 mette in rilievo la nazionalità delle donne e si evidenzia che il maggior numero di segnalazioni riguardano le donne straniere, pur in presenza di un discreto numero di situazioni in cui non si è rilevato il dato della cittadinanza pari al 27%. Questo dato andrebbe approfondito per verificare se gli operatori, di fronte alla donna straniera, ne colgono maggiormente la sua fragilità ed il maggior bisogno di un supporto, mentre con una donna italiana la ritengono maggiormente capace di rivolgersi in autonomia ai servizi competenti per uscire dal circuito della violenza.

Va comunque precisato che il territorio bresciano ha una rilevante presenza di popolazione immigrata, collocandosi ai primi posti nelle città di accoglienza. Pertanto anche l'utenza di ogni Servizio si caratterizza in tal senso, anzi si può affermare che l'utenza straniera utilizza in gran parte i servizi pubblici accreditati.

Attività dei Consulori Familiari

L'ASL ha ritenuto di predisporre una rilevazione dettagliata dell'utenza e degli interventi effettuati dai Consulori Familiari per le donne che hanno condiviso e collaborato ad un progetto di intervento.

Le segnalazioni del Pronto Soccorso vengono inviate al Consultorio Familiare del territorio del presidio ospedaliero, il quale provvede poi a coinvolgere i colleghi del Consultorio Familiare del territorio di residenza della donna.

All'interno dell'èquipe consultoriale, l'assistente sociale è la figura professionale identificata per contattare la donna, attivare gli interventi nella fase dell'accoglienza e coordinare il progetto d'intervento.

Quindi le donne vengono contattate telefonicamente nel più breve tempo possibile dall'assistente sociale per un primo colloquio.

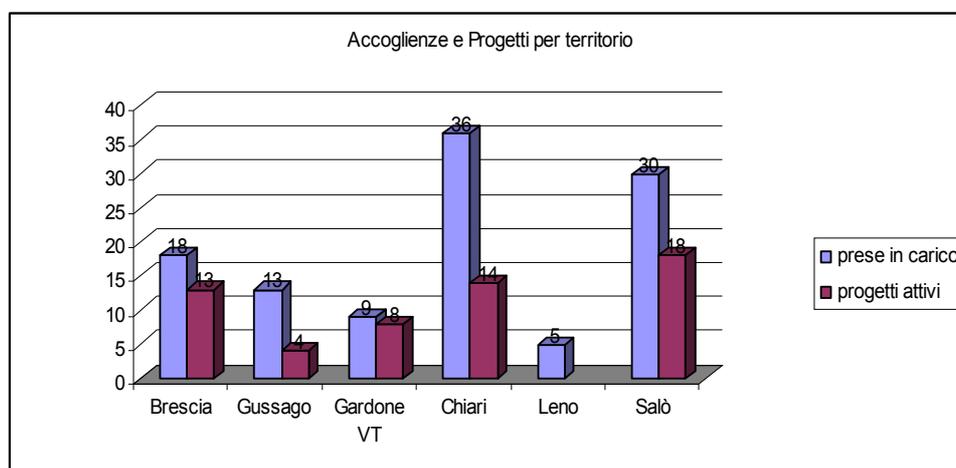
In alcune situazioni le donne, pur avendo dichiarato la volontà di affrontare la situazione problematica, non si rendono reperibili al contatto telefonico, a volte hanno fornito numeri telefonici inesatti.

Un dato rilevante è il numero limitato di donne che accettano il colloquio con l'assistente sociale, così come ancor più ridotto il numero di donne che condividono un progetto d'intervento che si attua nel tempo.

Anche il collocamento in Centro di Pronto Intervento non è sempre accolto dalle donne come opportunità di protezione, dove avere l'opportunità di una valutazione della propria situazione ed orientarsi verso un percorso di autonomia.

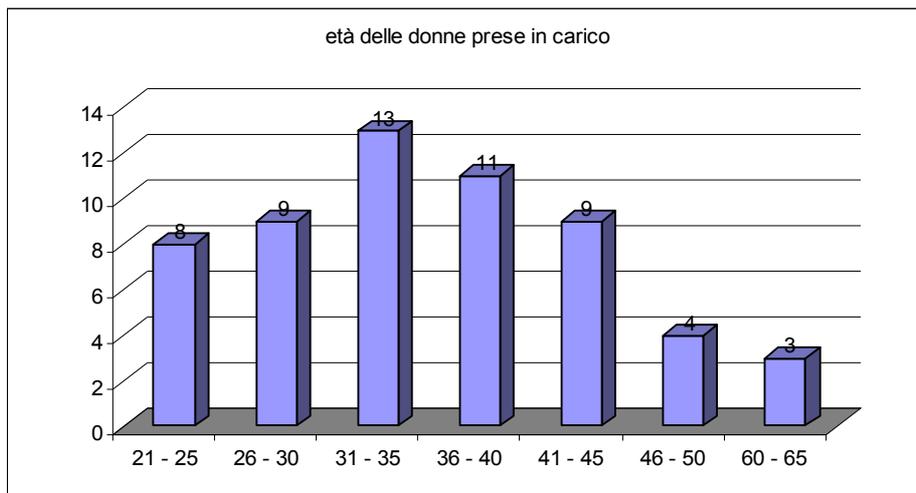
Nel corso del 2012 n. 111 donne, vittime di violenza, sono state accolte dai Servizi Consultoriali a seguito di segnalazioni pervenute dai Presidi Ospedalieri, ma le donne che sono state poi seguite con un progetto di intervento sono state 57. Alcune di esse interrompono il rapporto con l'assistente sociale dopo alcuni colloqui, preferendo trovare e attuare le proprie soluzioni, spesso riprendendo il rapporto con lo stesso autore della violenza, che frequentemente promette un comportamento più corretto.

Grafico 4



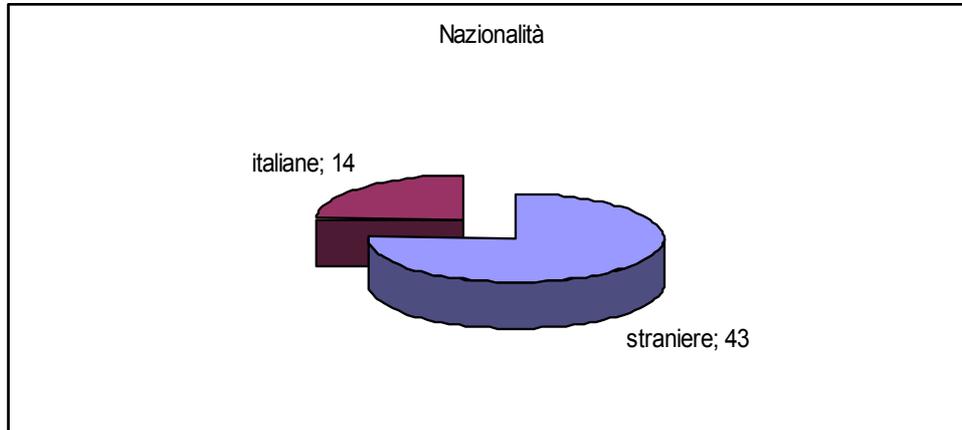
Il grafico n. 4 chiarisce il numero delle donne prese in carico e il numero dei progetti attivi a lungo periodo, per ogni Direzione Gestionale Distrettuale. In quella di Chiari si evidenzia il numero più elevato di prese in carico, seguito dal territorio di Desenzano: sono due territori in cui gli operatori del Pronto Soccorso mostrano sensibilità a questo problema.

Grafico 5



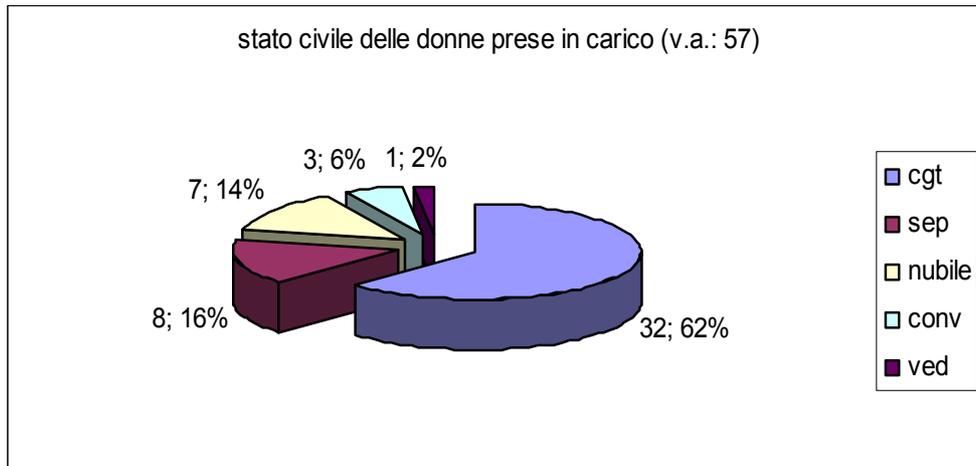
Nel grafico n. 5 si evidenzia la distribuzione nelle diverse fasce d'età delle donne prese in carico: la maggioranza di esse è collocata nella fascia d'età compresa tra i 31 e 40 anni. Anche in questo caso si sottolinea la presenza di donne giovani, con età compresa tra i 20 e i 30 anni, coinvolte in relazioni affettive dove i conflitti degenerano in episodi di violenza.

Grafico 6



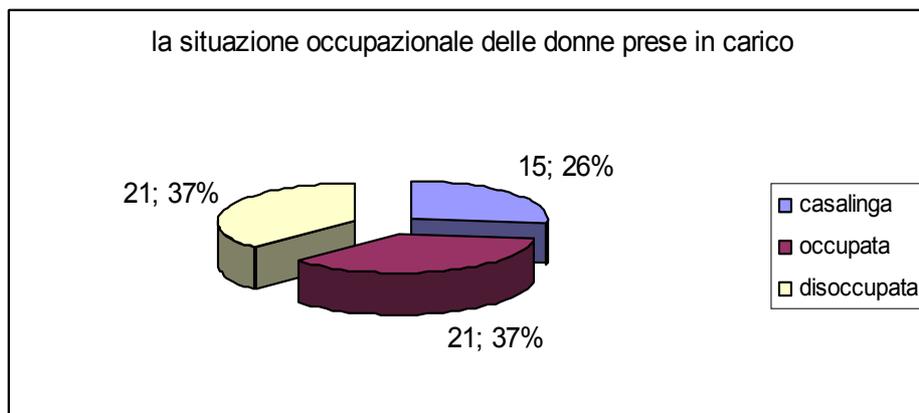
La nazionalità è illustrata dal grafico n. 6 e si evince che le donne prese in carico sono in prevalenza donne straniere, confermando il dato relativo alle segnalazioni dei presidi ospedalieri. La presa in carico delle donne straniere necessita di un approccio transculturale che pone attenzione alle specificità culturali del legame coniugale e dell'influenza del gruppo etnico di appartenenza. La decisione di presentare la denuncia e di intraprendere un'interruzione delle relazioni affettive ed orientarsi in un'esperienza di indipendenza e autonomia, spesso senza supporto della famiglia d'origine e del gruppo etnico, è un percorso quasi impossibile. Ovviamente in nessuna cultura possono essere giustificati episodi di violenza di ogni tipo

Grafico 7



Dal grafico n. 7 si evince che le donne sono per la maggior parte coniugate - n. 32 - pari al 62 %; inoltre 8 donne sono separate e 7 donne sono nubili. Questo dato ci permette di rilevare quanto la violenza avvenga tra coniugi con un rapporto stabile matrimoniale.

Grafico 8

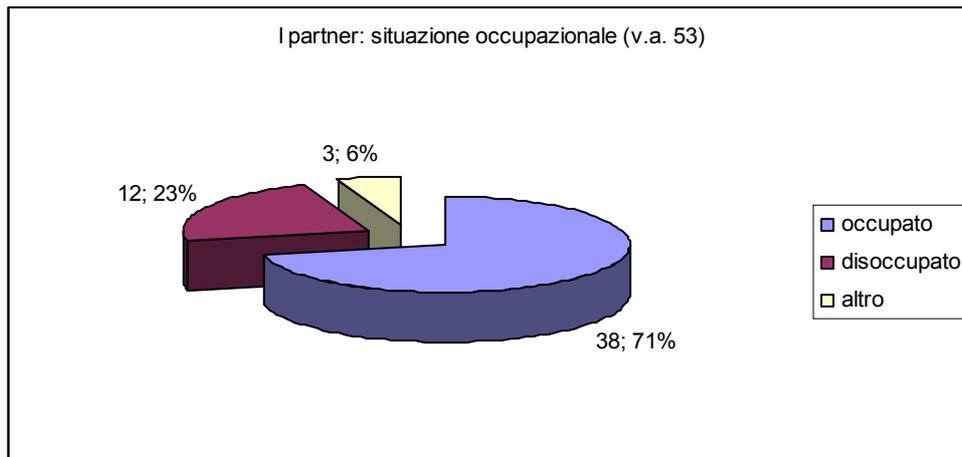


Per quanto riguarda la situazione occupazionale, il grafico n. 8 evidenzia che le donne con un'occupazione lavorativa sono 21, mentre 15 donne sono casalinghe.

Il fatto che la donna abbia un'occupazione e quindi sia indipendente sul piano economico, potrebbe deporre come elemento favorente per una scelta di interrompere il rapporto affettivo "violento" ed una maggiore autonomia personale.

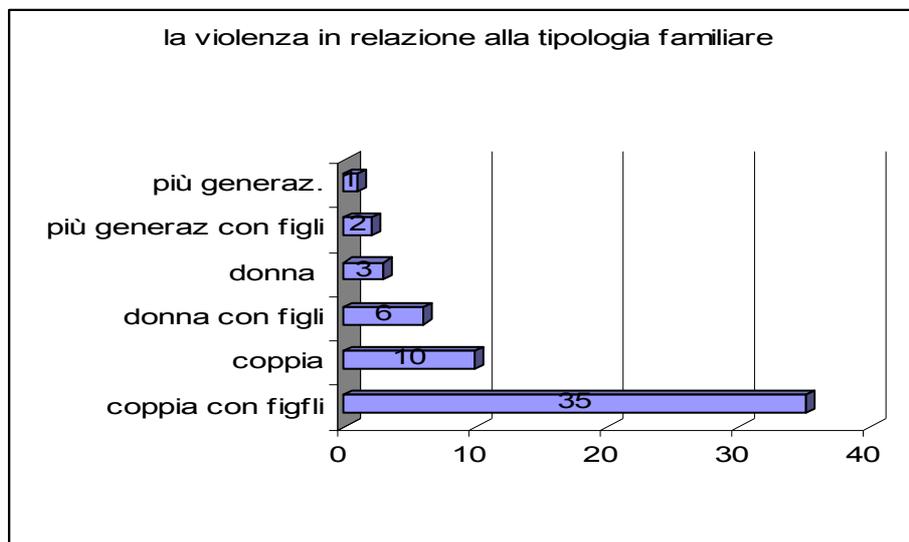
La rilevazione ci permette di conoscere anche alcune caratteristiche dell'**autore** della violenza.

Grafico 9



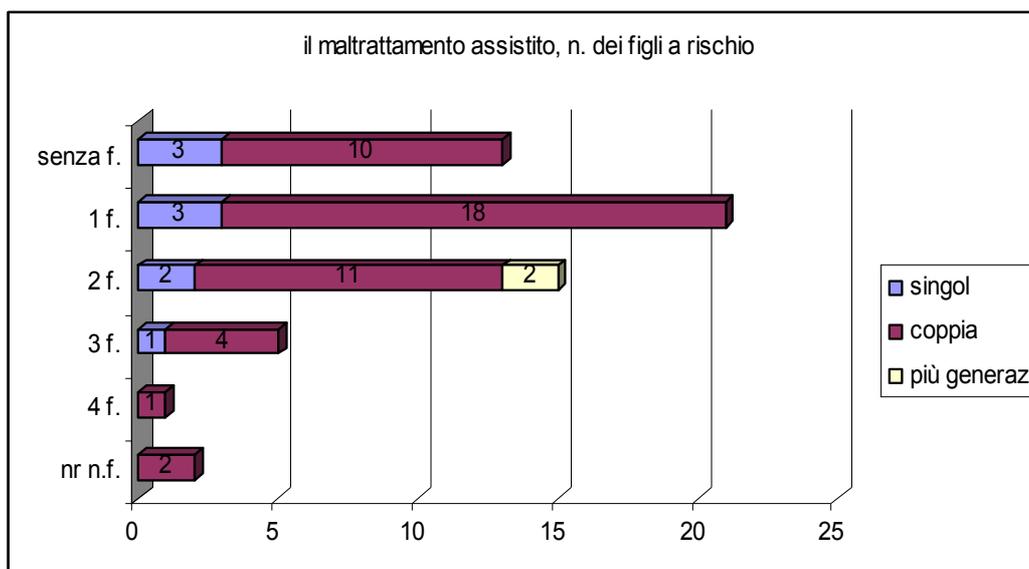
Gli uomini, come ben rappresenta il grafico n. 9, hanno per la maggior parte un'occupazione lavorativa stabile, e solo 12 di essi risultano disoccupati al momento della presa in carico. Tra le professioni, in particolare risultano operai, un pizzaiolo, infermiere professionale, medico, ingegnere, autista. Si può ribadire quanto affermato dalla letteratura di riferimento, cioè che il fenomeno della violenza è trasversale ad ogni ceto sociale.

Grafico 10



Per un'analisi della composizione familiare di queste donne, il grafico n. 10 fa rilevare che il numero più significativo riguarda le famiglie con figli. Questo aspetto crea ulteriore preoccupazione, in quanto il progetto di intervento non può considerare solamente la donna, ma anche i figli richiedono senza dubbio un "approccio tutelante" per evitare che la violenza a cui assistono nella loro famiglia provochi sofferenza e disagi, con gravi conseguenze per la loro evoluzione psichica. La presenza di figli si annovera in 43 situazioni. Per la donna, la tutela dei propri figli in alcuni casi favorisce la motivazione di uscire dal circuito dannoso della violenza per proteggerli e garantire loro un contesto di vita maggiormente appropriato alle loro esigenze educative.

Grafico 11



Come accennato in precedenza, tra le forme di pregiudizio per i minori, si sottolinea la violenza assistita, considerata come la costante presenza di episodi di violenza tra i propri genitori o tra un genitore, spesso la madre, e altri partners.

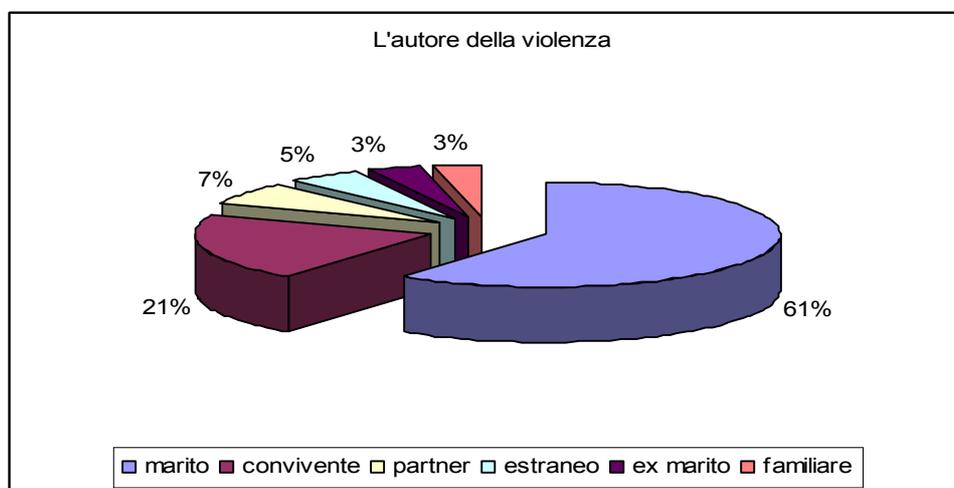
Il grafico n. 11 evidenzia che nelle situazioni familiari seguite, i minori presenti sono 70, di diverse età.

Le donne che vivono sole con figli sono 6, di queste 1 ha tre figli, 2 hanno due figli e 3 hanno un solo figlio.

Tra le famiglie con figli, dove la violenza avviene tra i genitori, si evidenzia che:

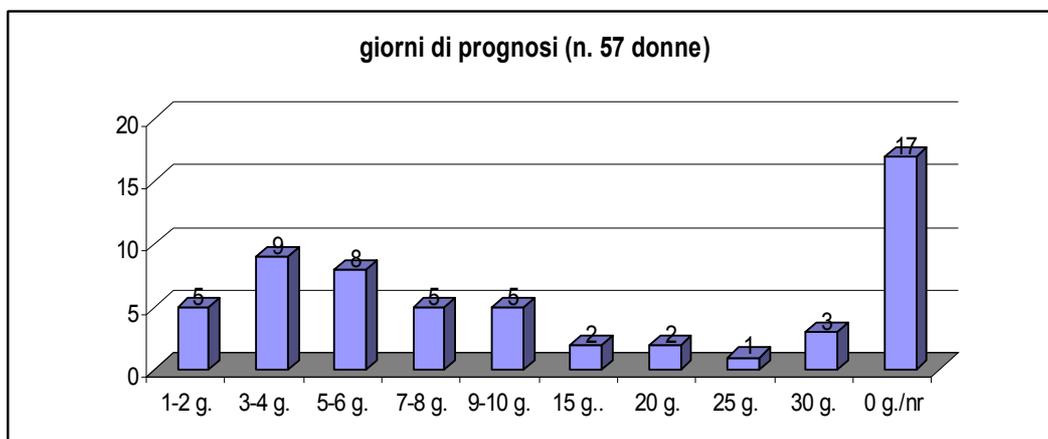
- 1 nucleo ha 4 figli,
- 3 nuclei hanno 3 figli,
- 11 nuclei hanno 2 figli,
- 18 nuclei hanno un solo figlio.

Grafico 12



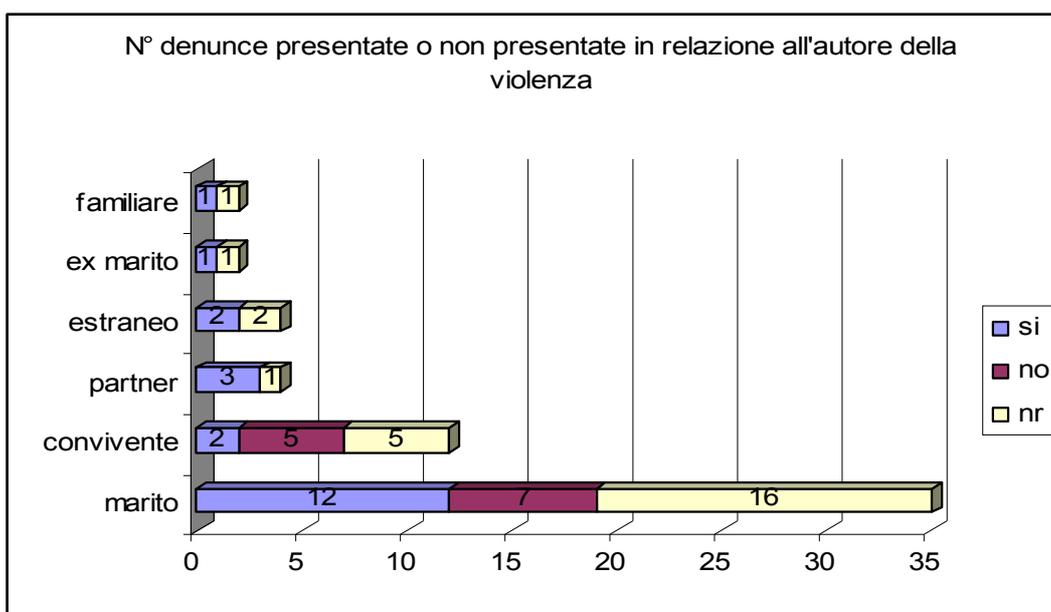
Dal grafico n. 12 si evince che nel 61 % delle situazioni, l'autore della violenza è il marito, nel 21% dei casi è il convivente, mentre per le altre situazioni l'autore appare una persona che non vive stabilmente con il nucleo e quindi può essere il partner, l'ex marito o un altro familiare, ad esempio il cognato.

Grafico 13



Rispetto all'episodio che ha causato l'accesso al Pronto Soccorso, la rilevazione dei giorni di prognosi è incompleta perché non è stato rilevato questo dato in 17 situazioni, come illustrato dal grafico n. 13. Nonostante ciò, le conseguenze degli episodi di violenza sembrano rilevanti: per 3 situazioni i giorni di prognosi corrispondono a 30 gg, per 18 situazioni la prognosi è superiore a 7 giorni e per 17 donne la prognosi è compresa nell'intervallo temporale fra i 3 e i 6 giorni.

Grafico 14

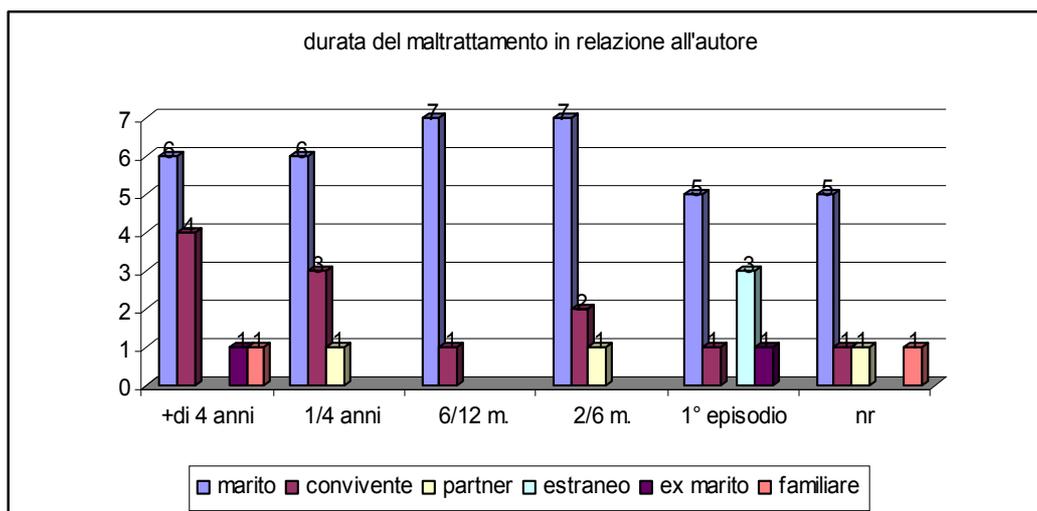


La decisione di esporre denuncia del maltrattante è una scelta molto importante ma altrettanto faticosa. Il grafico n. 14 mostra che le denunce corrispondono solo a 21 situazioni e si può ritenere che anche quando il dato non è stato rilevato, possa essere

considerato una non denuncia. E' una scelta difficile che produce una serie di conseguenze non trascurabili sul futuro della donna. L'entrata nel circuito giudiziario richiede coraggio, impegno costante e, a causa dei lunghi tempi dell'iter, la donna rimane con una ferita aperta per diversi anni, con tutte le implicanze connesse alle testimonianze, alla credibilità, alla "distanza" dall'autore ritenuto pericoloso. Tale scelta permette d'altro canto alla donna di prendere le distanze dall'autore della violenza, di avere consapevolezza dell'esigenza improrogabile di interrompere il circuito della violenza e forse hanno già sperimentato che i cambiamenti non si basano sulle promesse da parte dell'autore della violenza. Le donne raccontano come dopo ogni episodio, l'uomo si disperi di ciò che ha fatto e dopo un breve periodo, la spirale della violenza riprende. Sono dinamiche personali e relazionali che diventano reciprocamente collusive in una coazione a ripetere di modalità relazionali basate sulla violenza.

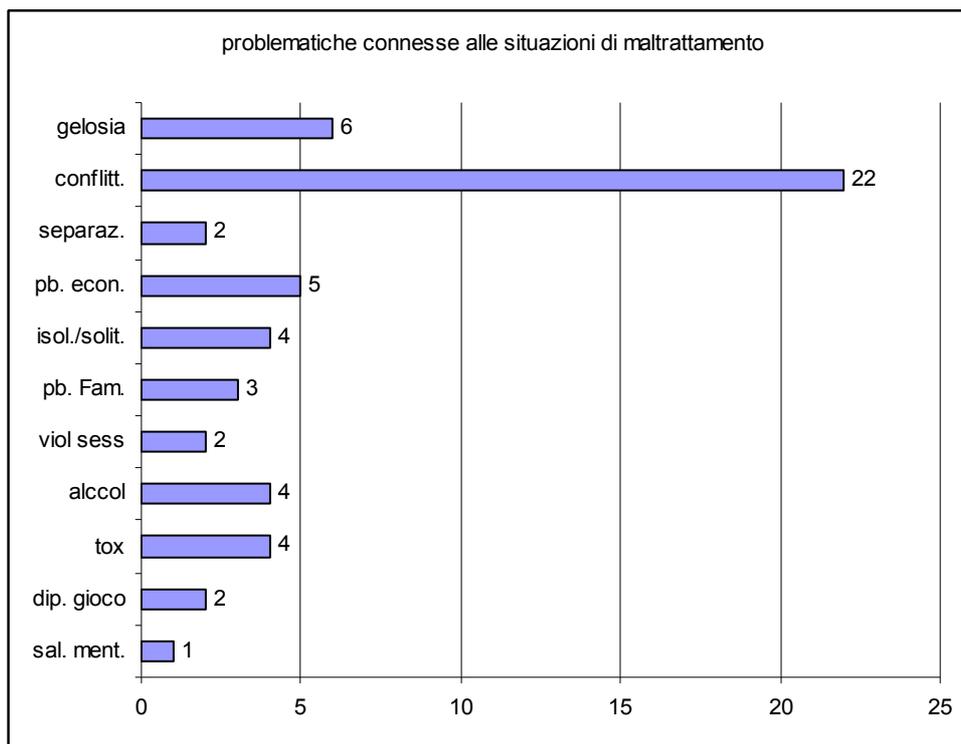
Accade altresì che le donne ritirino la denuncia in fase successiva, in quanto si sono rappacificate, hanno accolto la promessa di un cambiamento e le pressioni della famiglia allargata o del gruppo di appartenenza.

Grafico 15



Anche la rilevazione del permanere nel tempo della condizione di violenza, è parsa significativa. Il grafico n. 15 mette in relazione la durata del maltrattamento con l'autore degli episodi di violenza. Le donne riferiscono che la situazione di violenza non è quasi mai un episodio isolato, ma l'accesso al Pronto Soccorso avviene dopo lunghi periodi in cui gli episodi si susseguono con una discreta frequenza.

Grafico 16



La rilevazione ha permesso di evidenziare quale problematica sottende alla grave conflittualità della coppia. Nel grafico n. 16 emerge una vasta gamma di problematiche che comprende l'abuso di alcool, le problematiche economiche, la tossicodipendenza e anche la gelosia e la dipendenza da gioco che ha gravi ripercussioni sulle vicende familiari. Il numero rilevante di casi che attribuiscono la violenza alla grave conflittualità tra i partners, interroga tutti gli interlocutori sugli aspetti di cura, ma soprattutto di prevenzione alla capacità di gestire le relazioni, nel senso più generale del termine, in modo rispettoso e in modo costruttivo.

Una approfondita riflessione è richiesta in merito al collocamento delle donne in Centro di Pronto Intervento proposto direttamente dal Pronto Soccorso, i cui operatori ravvisano l'esigenza di una protezione della donna. La durata degli inserimenti è comunque di breve durata in quanto le dimissioni sono precocissime e spontanee. Con i Comuni è stato concordato il pagamento della retta per i primi 5 giorni di permanenza, tempo necessario per una prima valutazione ed orientamento ad un possibile progetto.

Il fenomeno della violenza alle donne è fortemente condizionato da **pregiudizi**, da opinioni diffuse che cercano prevalentemente di banalizzare l'esperienza piuttosto di farla emergere, approfondirla e ricercare ipotesi di contrasto.

Il tema dominante che è implicito alla violenza sulle donne è il rapporto di genere, tra uomo e donna, è il rispetto reciproco, il tipo di relazione non strumentale che va

fortemente difesa perché vuol dire tutelare la propria dignità e coinvolge l'essere persona sul piano ontologico.

Alcune **favole e pregiudizi** diffusi nell'opinione pubblica possono essere i seguenti:

- ◆ non è poi un problema importante, in Italia c'è ben altro,
- ◆ è un problema degli immigrati, tra noi italiani non è mai successo,
- ◆ riguarda i poveri e ignoranti...se poi sono stranieri, è perché non vogliono integrarsi, non ci rispettano, hanno altre abitudini,
- ◆ l'autore è di solito un maschio, matto o sadico o magari un immigrato "islamico",
- ◆ è colpa della vittima: provoca, se l'è cercata, è abituata a subire, non vuole ribellarsi,
- ◆ è colpa dell'alcool e della droga,
- ◆ non è un problema medico sanitario,
- ◆ non è un crimine, non è un reato...gli immigrati, poi, commettono ben altri reati,
- ◆ la vittima può sempre andarsene e tornarsene a casa sua,
- ◆ i panni sporchi si lavano in casa.

Esiste la consapevolezza che molte situazioni di sofferenza e umiliazioni rimangono ancora nell'incognito, e pertanto va incentivato l'impegno alla sensibilizzazione per esperire ogni modalità e possibilità di uscire dal circuito di violenza.

Cosa è possibile attuare ?

L'analisi della diffusione di episodi di violenza nei confronti delle donne di ogni età prevalentemente all'interno di relazioni affettive, non può limitarsi alla fase della conoscenza circoscritta all'interno dei Servizi che con fatica riescono a condividere metodologie di rilevazione e di presa in carico, oltre a criteri di valutazione del fenomeno.

A nostro parere, è giunto il momento di impegnare risorse e competenze per un lavoro di presa in carico della sofferenza delle donne e degli autori della violenza e per intraprendere percorsi di prevenzione efficace.

Si possono ipotizzare alcuni percorsi di seguito delineati:

1. Costruire reti i collegamenti fra tutti gli attori e/o interlocutori

Attualmente tutte le realtà sono sensibili e attente a questo fenomeno, in particolare le Forze dell'Ordine, la Magistratura e le strutture sanitarie e sociali, ma sono consapevoli del limite del loro intervento. La scommessa è rappresentata dalla conoscenza reciproca e dallo scambio dei rispettivi ambiti operativi per una costruzione di collaborazioni proficue di intervento, al fine di una garanzia dell'aiuto offerto alle donne e ai nuclei familiari.

A tal fine si ipotizzano luoghi di confronto che giungano a prevedere prassi operative di lavoro congiunto.

Non va trascurato il ruolo importante delle Associazioni, alcune hanno una lunga esperienza mentre altre stanno costituendosi in questo periodo. La loro presenza, spesso prevalentemente femminile, testimonia il desiderio di diffondere e sensibilizzare la popolazione su questo problema, impegnando tutti sia sul versante della prevenzione, sia nell'impegno a vigilare e cogliere i campanelli di allarme, evitando la "patologizzazione" di alcune situazioni di sofferenza e disagio. Solo una realtà articolata e integrata di interventi può offrire un buon supporto alla donna.

Una maggior sensibilizzazione della popolazione si pone l'obiettivo di far emergere non solo il maltrattamento fisico, tipico dell'accesso al Pronto Soccorso, ma anche il maltrattamento psicologico, diffuso e ancor meno visibile e valutabile con oggettività.

2. Confronto con i presidi sanitari dei Pronto Soccorso

Alla luce dell'esperienza di questi due anni di applicazione del protocollo, è necessario leggere i dati delle segnalazioni, far emergere le criticità e puntualizzare alcune buone prassi. Attenzione andrà rivolta alle indicazioni e alle modalità per l'inserimento urgente in Centro di Pronto Intervento.

3. Formazione operatori dei Consultori Familiari

Su questo tema è previsto un percorso formativo per meglio calibrare la competenza professionale con progetti di intervento efficaci, oltre che integrati anche con le realtà del privato-sociale.

4. Proposte di intervento per gli autori della violenza

Il tema della violenza alle donne sinora ha indotto a farsi carico prevalentemente del soggetto da tutelare e proteggere, trascurando la cura del soggetto che manifesta violenza soprattutto nelle relazioni affettive. Valutando che la violenza è comunque manifestazione di disagio personale e sofferenza, è necessario attivare proposte di presa in carico degli uomini maltrattanti.

5. Sensibilizzazione

In un mondo in cui si tende a disciplinare normativamente ogni tipo di rapporto, la famiglia ed in generale l'ambito domestico è divenuto il luogo dove è più facile scatenare l'aggressività, il solo rimasto dove sono possibili forme di relazioni "primitive", sottratte al controllo pubblico.

Il sociologo Murray Straus affermava "la violenza fisica all'interno del gruppo familiare ha dimensioni maggiori di quanto non sia tra ogni altro individuo o gruppo...".

L'indignazione rispetto agli episodi, spesso diffusi anche dai mass media, sembra rimanere ancora limitata al momento della conoscenza dell'evento.

Appare necessario, pertanto, predisporre strategie per la diffusione di una **cultura del rispetto** reciproco nelle relazioni tra le persone, in particolare le relazioni di genere.

Il fenomeno, a nostro avviso, ha caratteristiche di gravità, in particolare per le caratteristiche dei legami familiari, luogo in cui maggiormente si scatenano episodi di violenza.

A cura di

- dott. Mauro Narra - Responsabile U.O. Famiglia Infanzia Età Evolutiva
- dott.ssa Adele Ferrari - Responsabile U.O. Consultori Familiari e Tutela Minori
- dott.ssa Beatrice Capra - assistente sociale

Brescia, aprile 2013