



La violenza in famiglia e lo stalking
Conoscere, capire, intervenire
Teoria e casi clinici

Sabato 16 novembre 2013

ore 8.30- 13.30

Aula Magna - Istituto di Medicina Legale

Via Mangiagalli 37 - Milano

Evento 1834-78425 Crediti 5

La violenza in famiglia e lo stalking
Conoscere, capire, intervenire
Teoria e casi clinici

16 novembre 2013
ore 8.30-13.30

Aula Magna - Istituto di Medicina Legale
Via Mangiagalli 37 – Milano

Coordinatore

Prof.ssa Isabella Merzagora Betso

Specialista in Criminologia Clinica
Dottore di ricerca in Scienze Criminologiche e Psichiatrico Forensi
Professore straordinario di Criminologia – Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute
Università degli Studi di Milano

Programma

- 8.30-9.00** *Registrazione Partecipanti*
- 9.00-9.30** *Saluti*
Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
o di altro Consigliere da lui delegato
Prof.ssa Chiarella Sforza
Direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute
Università degli Studi di Milano
- 9.30-10.00** *Dott.ssa Maria Teresa Zocchi*
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Referente Commissione Pari Opportunità
Introduzione
Il ruolo del Medico di Medicina Generale
- 10.00-10.30** *Dott.ssa Alessandra Kustermann*
Responsabile Soccorso Violenza Sessuale e Domestica
Direttore U.O.C. Pronto Soccorso ed Accettazione Ostetrico-Ginecologica
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano
Epidemiologia e ruolo del Medico di Pronto Soccorso
- 10.30-10.45** *Intervallo*

10.45-11.15 *Prof.ssa Isabella Merzagora Betsos*
Aspetti fenomenologici e indicatori di rischio

11.15-11.45 *Dott. Guido Vittorio Travaini*
Dottore di ricerca in Criminologia
Professore a contratto – Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
Università degli Studi di Milano
Inquadramento normativo e obblighi da parte dei medici

11.45-12.30 **CASI CLINICI**

Dott.ssa Alessandra Küstermann
Prof.ssa Isabella Merzagora Betsos
Dott. Guido Vittorio Travaini

12.30-13.00 *Discussione e conclusioni*

13.00-13.30 *Compilazione schede di valutazione e di verifica*

Il ruolo del Medico di Medicina Generale

Dott.ssa Maria Teresa Zecchi

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Referente Commissione Pari Opportunità

Per affrontare nel migliore dei modi il drammatico e complesso problema della violenza e del maltrattamento in famiglia è necessario costruire un percorso comune tra esperti provenienti da discipline e mondi diversi: la Magistratura, le Forze dell'Ordine, i Servizi Socio-Sanitari, la Scuola, le Associazioni, i Centri Antiviolenza, il mondo della Ricerca e dell'Università e infine i Professionisti (Medici, Avvocati e Psicologi).

Sono mondi che non sempre dialogano e non sempre si capiscono: la difficoltà di comprendersi è spesso legata a ragioni oggettive quali differenze di approcci, di linguaggio, di vedute e di priorità.

Gli ostacoli nel comunicare e quindi nel collaborare sono un impedimento a affrontare le situazioni di violenza con i drammi e le sofferenze che queste causano, e rischiano di aggiungere un danno ulteriore alle vittime.

Un fenomeno di tale gravità e portata può essere affrontato solo con un lavoro di rete, una reale collaborazione tra servizi, ruoli, operatori e mondi diversi, tutti essenziali allo scopo.

Tale lavoro di collaborazione richiede però uno sforzo, anche a livello formativo, che permetta di conoscere altri approcci, altri piani e linguaggi e di venire a contatto con diverse definizioni di violenza e differenti priorità di ricerca.

Il lavoro sul campo, tipico del Medico di famiglia, che spesso è il primo a sospettare, intuire o decisamente ad ascoltare una storia di violenza, non necessariamente corrisponde a quello dei Servizi Sociali o della Magistratura.

Importante quindi, per potere sempre essere in grado di collaborare, integrando al meglio le diverse conoscenze, è che il Medico entri in contatto con gli strumenti normativi forniti dalla legislazione (codice penale, codice di procedura penale, codice civile, leggi speciali e norme sovranazionali..).

Che conosca gli organi, le funzioni e gli attori delle Forze dell'Ordine e della Giustizia in Italia (Polizia Giudiziaria, Procura della Repubblica, PM, Magistratura Civile e Penale e relativi organi, CSM, gradi di giudizio ecc) e che sia a conoscenza dell'esistenza di nuove norme, ad esempio il DL dell'estate scorsa contro il Femminicidio.

Ma, ancor prima, è utile che vi sia chiarezza di linguaggio, a partire dalla definizione delle diverse fattispecie di situazioni che costituiscono reati e violazioni (violenza fisica, lesioni personali, violenza psicologica, violazione della libertà individuale, violenza privata, minaccia, molestia, atti persecutori, lesione della dignità..).

Ancora, fondamentale è conoscere in modo chiaro quali siano le responsabilità e gli obblighi legali del medico nello svolgimento delle sue funzioni; quali le ipotesi di reato perseguibili d'ufficio, quali a querela di parte e così via.

Più banalmente, quali siano le modalità di deposito/invio della denuncia, o come procedono poi le indagini preliminari e le fasi successive ad esse.

Il presente corso è dedicato ai Medici di Famiglia, che rimangono gli operatori privilegiati, grazie alla conoscenza della persona e del contesto familiare.

La violenza c'è e occorre vederla e la frequenza degli episodi di violenza è tale per cui un MMG debba incontrare nel corso della sua vita lavorativa una o più situazioni di violenza e/o maltrattamento in famiglia. Il Medico di Famiglia deve quindi essere in grado di sospettare/capire per potere poi muoversi nel migliore dei modi per convincere la vittima a parlare, per poi aiutarla, consigliarla, indirizzarla.

Io faccio il MMG da 17 anni, prima ho lavorato altrettanti anni in Ospedale, in un reparto di Medicina e ho effettuato anche turni in PS. In entrambi i casi ho avuto modo di venire a contatto con storie di maltrattamento e di violenza, più o meno squallide, evidenti o nascoste, emerse spontaneamente e chiaramente dai racconti delle protagoniste o solo "buttate lì", nella speranza che venissero colte. Comunque numerose, e sempre più numerose, man mano che ci penso...

Ricordo una anziana signora, dall'aria dimessa, che parlava solo dopo avere avuto l'assenso da uno sguardo del marito, e confermava (un po' arrossendo..) i recenti problemi di disfunzione erettile del coniuge, diabetico da anni. Annuiva con gli occhi bassi mentre lui parlava: "dottoressa, io sono sempre stato uno che ha fatto il bello e il cattivo tempo, anche con tutte le amiche di mia moglie ..." Aggiunse anche qualche frase colorita, tanto che la signora alzò gli occhi per dirmi: "ci scusi, dottoressa.." Questo a proposito della lesione della dignità.

O la signora L.S. che ha subito una emicolectomia in urgenza per un Ca del Colon, si è fatta tutta la chemioterapia andando avanti e indietro dall'Ospedale da sola con i mezzi pubblici, pur in presenza di un marito e di tre figli grandi. Il marito la picchiava, in casa, davanti ai figli, e probabilmente picchiava anche i figli. Mi hanno chiamata a casa d'urgenza, una sera dopo l'ambulatorio e lei, piangendo, raccontava l'ennesima lite che in quella occasione aveva coinvolto tutta la famiglia: tutti trovavano naturale e inevitabile l'uso di parole e atti violenti da parte del capofamiglia e lei stessa quasi giustificava l'accaduto: la colpa di tutto era infatti del figlio maggiore che si era ribellato al padre ... Non ho mai capito perché mi avessero chiamata, ma sicuramente, dopo avermi raccontato le varie versioni del fatto, madre e figli si erano tranquillizzati e erano andati a letto più "sereni". Qualche giorno dopo la signora era nuovamente in lacrime nel mio ambulatorio e alla fine si era lasciata convincere a contattare il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica il giorno successivo. Quella sera stessa il marito morì in un incidente stradale: nessuno ha mai più parlato del sig R. come di un violento: ora la disperazione era legata alla sua scomparsa.

Sono passati dieci anni. P. la figlia minore, ha tentato il suicidio due anni fa e ora assume : non l'ho mai sentita parlare del padre. M., il secondogenito, è seguito dal CPS per un disturbo bipolare. M. ha riferito allo psichiatra che tutti i suoi problemi sono iniziati con la morte prematura del padre, a cui lui voleva molto bene. P., il maggiore, ha assunto il ruolo di responsabile nell'azienda familiare paterna, in cui tutti gli altri familiari lavorano. Non si ammala mai, lavora molto. La madre mi ha fatto capire che ora è lui il violento della famiglia.

Un caso più recente riguarda G.M., una signora di 44 anni, anoressica. Da anni G. non mangia in maniera adeguata, è molto dimagrita e gravemente defedata; è convinta di avere problemi di allergia agli alimenti, peraltro mai evidenziati agli accertamenti effettuati. Vive con le due figlie di 10 e 14 anni nate dal secondo matrimonio e, da quando il secondo marito l'ha lasciata, anche con gli anziani genitori. La signora non viene in ambulatorio da più di due anni, invia la madre a chiedere prescrizioni di accertamenti suggeriti da improbabili specialisti: la madre è sempre molto spaventata e timorosa di ritornare a casa senza le prescrizioni richieste. A nulla sono valsi gli accordi presi attraverso la madre per effettuare visite a domicilio, le promesse di venire a visita ambulatoriale appena in possesso degli accertamenti richiesti, o i tentativi di riavvicinare la paziente concordati con i Servizi Sociali, o con lo sportello di Psicologia della Scuola. La madre si è presentata più di una volta in ambulatorio con ecchimosi al volto, evidenti nonostante i tentativi di celarli.

In occasione dell'ultimo accesso ho affrontato direttamente il problema con la signora, chiedendo spiegazione delle lesioni : è scoppiata a piangere, ha ammesso la violenza della figlia, in parte giustificandola, in parte temendola. Sono emersi anche racconti di probabili maltrattamenti subiti dalla figlia negli anni, da parte di entrambi i mariti. Non c'è stato verso di convincere la donna a rivolgersi ai servizi specializzati.

In un mondo ideale il nostro intervento dovrebbe tendere a educare, correggere e modificare mentalità e atteggiamenti radicati, come nel primo esempio: molto è stato fatto, se ne parla e forse le nuove generazioni saranno diverse da noi...

Per ora fondamentale è invece sospettare, capire, riconoscere le situazioni a rischio che probabilmente incontriamo quasi quotidianamente, per potere intervenire.

Epidemiologia e ruolo del Medico di Pronto Soccorso

Dott.ssa Alessandra Küstermann

Responsabile Soccorso Violenza Sessuale e Domestica
Direttore U.O.C. Pronto Soccorso ed Accettazione Ostetrico-Ginecologica
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

La violenza contro le donne diventa allarme sociale in occasione di eventi eclatanti, quali la violenza sessuale da parte di sconosciuti, soprattutto se extracomunitari singoli o in gruppo, la violenza domestica quando esita nella morte della vittima, la violenza contro i bambini nei casi di indagini su gruppi di pedofili o di infanticidio, la scoperta di siti internet dedicati alla pedopornografia, ancor più se accompagnata da episodi di sadismo contro i minori. Le campagne di stampa allora svegliano le coscienze, aggiungendo sempre nuovi episodi e creando un clima di straordinarietà rispetto al fenomeno. Successivamente si assiste ad un progressivo spegnersi dell'attenzione e apparentemente ritorna la quiete, la rassicurante ignoranza. La violenza, che tutti condannano come un crimine odioso, torna tendenzialmente invisibile, specie quella quotidiana, che avviene nell'ambito della sfera privata contro donne e minori.

L'esperienza di abuso sessuale è alla base del 4-5% dei casi di depressione, alcolismo e tossicodipendenza negli uomini e del 7-8 % dei casi tra le donne. Una donna su tre in tutto il mondo subisce violenza, nel corso della vita, da parte di un familiare o di un partner; in Europa, Nordamerica e Australia, un terzo delle donne hanno subito abusi sessuali, e il dato sale a oltre il 50% nel caso di donne con disabilità (Rapporto del segretario generale dell'Onu Kofi Annan, Terza Commissione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 10.10.2006). In circa 50 paesi nel mondo la violenza sessuale da parte del marito non è ancora perseguibile. Uno studio su larga scala in Svezia, Germania e Finlandia mostra che almeno il 30-35% delle donne tra i 16 e i 67 anni sono state vittime, almeno una volta nell'arco della vita, di violenza fisica o sessuale (Maria CARLSHAMRE: relazione sulla situazione attuale nella lotta alla violenza contro le donne ed eventuali azioni future – Parlamento Europeo 1.2.2006).

Il Parlamento Europeo in Sessione Plenaria il 2.2.2006 adottò la risoluzione secondo cui la violenza degli uomini contro le donne non costituisce solo un reato, ma anche un grave problema per la società, nonché una violazione dei diritti umani.

La violenza contro le donne è un fenomeno universale, sempre per i parlamentari europei, collegato all'iniqua distribuzione del potere tra i generi che ancora caratterizza la nostra società. Un motivo importante per cui le donne non denunciano di essere vittime di violenza, oltre alla situazione economica, "è il mito tenace nella società che vede le donne responsabili della violenza o considera la questione di natura privata, nonché il desiderio di preservare il rapporto coniugale e la famiglia". Al fine di sollevare questo "velo di segretezza", il Parlamento Europeo chiese agli Stati Membri di adottare misure volte ad una sensibilizzazione collettiva e individuale sulla violenza contro le donne.

Per quanto concerne l'Italia un'indagine ISTAT (La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia: indagine ISTAT anno 2006), rileva che quasi una donna su tre tra i 16 e i 70 anni ha subito almeno una violenza fisica o sessuale nel corso della vita (31,9%). Il 23,7% ha subito violenze sessuali, il 18,8% violenze fisiche. Il 4,8% ha subito stupri o tentati stupri di cui il 2,2% da partner o ex partner, il 2,6% da un uomo non partner. Nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate: il sommerso è elevatissimo e raggiunge circa il 96% delle violenze subite da un non partner e il 93% delle violenze subite dal partner. Per gli stupri il sommerso è ancora più elevato; infatti, il 91,6% degli stupri e il 94,2% dei tentati stupri subiti nel corso della vita non sono denunciati.

I partner attuali e gli ex partner sono responsabili della quota più elevata di tutte le forme di violenza fisica e di alcuni tipi di violenza sessuale come lo stupro e i rapporti sessuali non desiderati ma subiti per paura delle conseguenze; il 69,7% degli stupri è opera di un partner o ex partner (più precisamente il 14,3% ad opera del partner attuale e il 55,4% ad opera di un ex partner), il 17,4% da parte di un conoscente e il 6,2% è opera di estranei.

Un dato ancora più preoccupante è che una donna su tre che ha subito violenza ad opera di un partner o ex partner, non parla con nessuno della violenza subita, e una donna su cinque di quelle che l'hanno subita da un non partner.

Il 34% delle donne che ha subito violenza da un partner nel corso della vita non ne parla con nessuno, ma se decide di parlarne il 60% lo fa subito, e il 17% dopo pochi giorni.

Se le donne decidono di parlarne, lo fanno con amici (37%), un membro della famiglia (33%), e solo il 3,7% ne parla con un medico, un infermiere o operatore di Pronto Soccorso; il 3,9% ne parla con assistenti sociali e operatori di consultori e il 4,9% con avvocati, magistrati o forze dell'ordine.

Tuttavia, anche se la percentuale di donne che si rivolgono per chiedere aiuto a operatori socio-sanitari o a operatori di giustizia è basso, il tasso di denuncia è più elevato nel caso in cui le donne si siano rivolte ad operatori di Pronto Soccorso (62,3%), ad avvocati, magistrati, forze dell'ordine (47,6%), ad un medico o infermiere (35,9%).

In pratica questi dati dimostrano che gli autori di violenza hanno quasi la certezza non solo di restare impuniti, ma anche con la reputazione intatta, grazie al tenace silenzio delle loro vittime.

Possiamo fare qualcosa per modificare la storia naturale della violenza?

Ai medici, al personale psico-socio-sanitario, compete la tutela della salute e del benessere delle persone che hanno in cura.

Bisogna ricordare che:

la violenza sessuale e il maltrattamento domestico sono reati gravi;

la diagnosi precoce è una priorità di salute pubblica;

sulla collettività ricadono i costi e le conseguenze della violenza;

sono fenomeni complessi che necessitano di interventi trasversali e multidisciplinari.

Uno screening per la violenza domestica dovrebbe essere svolto abitualmente, come parte dell'anamnesi, per tutte le donne, indipendentemente da segni sospetti. Nel PS di un'università medica in Pennsylvania si è osservato che dopo formazione e introduzione di protocolli di intervento per la violenza la proporzione di pazienti traumatizzate che si scoprì essere maltrattate aumentarono dal 6 al 30%.

I medici di Pronto Soccorso e di medicina generale dovrebbero sempre avere il sospetto di essere in presenza di un maltrattamento se osservano:

ferite non coerenti con quanto raccontato;

ferite al volto (denti, mascella, rottura del timpano);

ferite centrali, in particolare al seno;

bruciate o lividi in sedi inusuali;

ferite a vari stadi di guarigione;

morsi umani;

visite ripetute per traumi minori;

indugio nel farsi curare;

ferite d'arma (vecchie cicatrici o nuove tracce)

Inoltre l'osservazione della coppia può ugualmente risvegliare il sospetto di maltrattamento:

comportamento coercitivo/di controllo del partner;

il partner non lascia sola la paziente e cerca di ridurre il tempo in cui la persona sta con il medico;

la donna è riluttante a parlare di fronte al partner;

dimostra timore o paura del partner;

lascia che sia il partner a rispondere alle domande del medico;

Per questo l'impegno di SVSeD è anche rivolto alla formazione e sensibilizzazione di chi opera nella sanità.

Il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica è un servizio creato nel 1996 in collaborazione tra la Clinica Mangiagalli della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, la Medicina Legale dell'Università degli Studi di Milano, l'ASL Milano e dal 2007 si è aggiunto anche l'assessorato ai servizi sociali del Comune di Milano. Dal 1997 è stato riconosciuto dalla Regione Lombardia come Centro di riferimento regionale per i problemi della violenza alle donne e ai minori. Siamo un servizio di emergenza composto da ginecologhe, medici legali, pediatra, infermiere, ostetriche, assistenti sociali e volontarie esperte. Siamo aperti dalle 9 alle 17 tutti i giorni feriali e reperibili h 24 negli orari di chiusura del servizio.

In qualunque caso SVSeD è disponibile a rispondere ai vostri dubbi e aiutarvi ad affrontare il problema delle vostre pazienti: potete telefonarci, anche in emergenza, 0255038585.

Aspetti fenomenologici e indicatori di rischio

Prof.ssa Isabella Merzagora Betsos

Specialista in Criminologia Clinica

Dottore di ricerca in Scienze Criminologiche e Psichiatrico Forensi

Professore straordinario di Criminologia – Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute
Università degli Studi di Milano

Dopo aver presentato i dati relativi agli omicidi in ambito familiare, vengono analizzate le diverse forme di violenza in famiglia, a cominciare da quella –fisica, psicologica, economica- contro gli anziani, di cui si parla meno rispetto ad altre forme, chiarendone il profilo della vittima e dell'autore, i fattori di rischio, i segni che debbono mettere in allarme, fra cui:

- ✓ Lesioni, lividi, bruciature, fratture, lacerazioni o abrasioni ricorrenti ed inesplicabili, e segni di lesioni pregresse;
- ✓ Mancato ricorso all'assistenza medica pur in presenza di problemi di salute;
- ✓ Carenza di igiene;
- ✓ Malnutrizione;
- ✓ Disidratazione;
- ✓ Depressione, sentimenti di abbandono e di paura;
- ✓ Isolamento sociale imposto;
- ✓ Ricorso eccessivo alla sedazione chimica o comunque eccesso di farmaci.
- ✓ Improvvisa impossibilità di effettuare gli ordinari pagamenti;
- ✓ Improvvisi o inesplicabili ammanchi dal conto;
- ✓ Disparità fra le possibilità economiche dell'anziano e le sue condizioni di vita;
- ✓ Insolito interesse da parte dei familiari per le condizioni economiche dell'anziano.
- ✓ Spiegazioni non plausibili di certi segni fisici riscontrati
Ritardi nel rivolgersi al medico
- ✓ Frequenti accessi alle prestazioni mediche
- ✓ Paura nei confronti di chi si prende cura del paziente
- ✓ Rifiuto da parte di quest'ultimo di lasciare solo l'anziano

Una parte della relazione è dedicata all'uxoricidio e alle diverse forme di violenza contro le partner, stalking compreso, con la presentazione del Progetto S.A.Vi.D (Stop Alla Violenza Domestica) condotto presso la Cattedra di Criminologia dell'Università di Milano attraverso una convenzione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria che, in un'ottica di prevenzione terziaria, si occupa del trattamento degli autori di gravi maltrattamenti e uxoricidi.

A proposito di stalking, un cenno viene fatto allo stalking professionale che colpisce i medici. Una ricerca condotta dalla Cattedra di criminologia ha infatti evidenziato che questi professionisti possono essere vittime di molestie assillanti, anche foriere di violenza. Si riferiscono le caratteristiche di autore e vittima, le motivazioni, le conseguenze sulle vittime, le strategie di difesa.

L'ultima parte della relazione è dedicata agli abusi contro i bambini e ai figlicidi, comprese le forme meno note di Sindrome di Munchausen per Procura e Negazione di Gravidanza.

La "Sindrome di Munchausen per procura" (SMP) è la situazione in cui i genitori, o inventando sintomi e segni che i propri figli non hanno, o procurando loro sintomi e disturbi (per esempio somministrando sostanze dannose), li espongono ad una serie di accertamenti, esami, interventi che finiscono per danneggiarli o addirittura ucciderli, al punto che il tasso di mortalità è stato calcolato fra il 9 e il 22% dei casi. L'esame della letteratura criminologica relativamente alla tipologia delle malattie simulate o indotte nell'ambito della SMP consente di individuare fra i sintomi segnalati quelli neuro-psichici, quelli respiratori, quelli cardiocircolatori, quelli gastro-intestinali, quelli dermatologici, i sanguinamenti, allergie, febbre, infezioni. Frequenti sono inoltre le allegare o procurate intossicazioni, che si manifestano con sintomi più diversi.

Nei più diffusi manuali di psichiatria si contemplano la pseudociesi o falsa gravidanza, e le sindromi psicopatologiche che insorgono durante la gravidanza, il post-partum e l'allattamento, ma raramente si trova traccia del fenomeno evidentemente meno noto, anche se secondo alcuni Autori più frequente, della negazione della gravidanza.

La negazione può protrarsi per un periodo più o meno lungo, e può addirittura coprire anche tutto il periodo della gestazione, fino al parto, che dunque risulta essere inatteso per la madre, la quale è allora travolta da uno sconcerto emotivo, anche di marca patologica, che le impedisce di prestare le dovute cure al neonato fino a causarne la morte, con la conseguente accusa di infanticidio ovvero neonaticidio.

Soprattutto, la necessità di negare può essere così intensa da influenzare le manifestazioni biologiche della gravidanza.

Inquadramento normativo e obblighi da parte dei medici

Dott. Guido Vittorio Travaini

Dottore di ricerca in Criminologia
Professore a contratto – Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
Università degli Studi di Milano

L'intervento verterà sull'analisi di due particolari ipotesi di reato che sono di interesse per chi svolge la professione di medico.

La prima è quella prevista e punita dall'articolo 612 bis del codice penale e che disciplina gli atti persecutori.

La seconda è quella relativa ai maltrattamenti in famiglia prevista dall'articolo 572 c.p..

Iniziamo la nostra breve disamina dalla cosiddetta legge anti-stalking.

Anche se il termine è di recente utilizzo, lo *stalking* non è fenomeno solo dell'oggi: addirittura, pare che il primo caso giudiziario risalga al 1704.

L'etimologia della parola deriva dall'inglese *to stalk*, con il significato di "fare la posta, inseguire furtivamente, braccare" dal gergo venatorio e si riferisce a comportamenti volti a osservare e conoscere il comportamento della preda per poterla catturare.

Lo stalking si traduce in quei casi di appostamento, inseguimento, ricerca molesta di contatto e/o comunicazione, in sostanza di ripetuto e insistente tentativo di imporre contatti e/o comunicazioni indesiderate.

In sintesi, possiamo intendere per stalking il tentativo insistente e indesiderato di imporre una comunicazione o un contatto ad una persona.

Il nostro legislatore ha introdotto, con il decreto legge n° 38 del 23 febbraio 2009 (convertito in legge il 23 aprile 2009), una nuova fattispecie di reato: l'articolo 612 bis Codice Penale, che va a punire appunto gli atti persecutori.

La norma è stata inserita, non a caso, nel Capo III del Libro II del codice penale, e cioè tra i delitti contro la libertà morale, intesa come libera autodeterminazione di ogni individuo di agire autonomamente senza subire ed accettare ingerenze altrui. Si tratta di una legge che va a colmare un vuoto normativo e pare essere idonea a fronteggiare un fenomeno che appare ampio e diffuso.

E' un reato di tipo abituale per la cui integrazione si richiedono condotte reiterate nel tempo ed è, altresì, un reato di evento a forma libera per la cui configurazione deve seguire una delle tre situazioni delineate dal precetto normativo, ossia:

- perdurante e grave stato d'ansia
- fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona legata alla vittima da relazione affettiva
- l'imposizione di una evidente modifica delle proprie abitudini di vita.

Dottrina e giurisprudenza evidenziano come sia necessario determinare un rapporto di causalità tra la libera condotta e i tre eventi naturalistici precedentemente richiamati.

Come detto si tratta di un reato a forma libera: il legislatore, infatti, non ha voluto inquadrare le modalità con cui tali condotte si possono concretizzare, ma ne sono stati specificati i possibili effetti. Già da tempo la letteratura criminologica che studia il fenomeno ha evidenziato le condotte più comuni poste in essere dagli stalker, stilando delle vere e proprie classificazioni in termini quantitativi. Troviamo lavori che, grazie all'analisi di una cospicua casistica, hanno permesso di delineare comportamenti e personalità di autore e vittima. In tal senso tali informazioni si sono rivelate molto utili al fine di predisporre strategie di prevenzione.

Tornando all'analisi normativa occorre preliminarmente chiarire cosa si intende per minaccia e molestia, posto che sono inserite nella novella legislativa. Secondo una consolidata interpretazione, la prima deve essere intesa come la prospettazione di un male futuro, realizzabile e verosimile, nonchè prossimo, mentre la seconda si configura come ogni attività che alteri dolorosamente o fastidiosamente l'equilibrio psicofisico di un individuo.

Importante ricordare come la giurisprudenza in modo costante sottolinea quale requisito fondamentale per la configurazione del reato l'aspetto della reiterazione delle condotte che il persecutore deve porre in essere.

Altro reato di interesse è quello disciplinato dall' articolo 572 c.p. che recita

“Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti anni”

L'efficacia della norma ricade sui soggetti di seguito elencati:

persone della famiglia,

minori degli anni quattordici,

persone sottoposte all'autorità (del maltrattatore)

persone affidate (al maltrattatore) per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, per l'esercizio di una professione o di un'arte.

Anche in questo caso si tratta di una norma di non semplice comprensione in quanto va a toccare concetti giuridicamente sfumati come ad esempio quello di famiglia.

Inoltre occorre ben definire cosa si deve intendere con il termine maltrattare.

La giurisprudenza ha chiarito che formano condotte idonee ad integrare il delitto, oltre ai fatti di violenza fisica e morale, anche gli atti di disprezzo e di offesa alla dignità.

Siamo dunque innanzi ad una fattispecie finalizzata alla tutela e dell'integrità fisica e dell'integrità psichica della vittima da identificarsi a sensi di quanto sopra ricordato.

Pacifico che ai fini di configurazione della fattispecie sia necessario dar corso a una serie di condotte protratte nel tempo per un lasso di tempo apprezzabile.

L'esecuzione di una singola condotta da parte dell'agente, lungi dall'integrare la fattispecie astratta dell'articolo 572, si estrinsecerebbe unicamente nella commissione di un differente atto illecito previsto da una diversa norma incriminatrice

Orbene come si deve comportare il medico quando si trova "testimone inconsapevole", durante l'esercizio della propria professione, di fatti di maltrattamenti in famiglia o stalking?

La risposta la troviamo nelle norme sopra illustrate che prevedono ipotesi differenti di procedibilità in capo a questi reati. In taluni casi opera una procedibilità d'ufficio mentre in altri vi è la necessità della presentazione di una formale querela al fine di dare il via a un procedimento penale in capo al possibile autore.

Ma accanto agli aspetti meramente giuridici operano altri più deontologici ed etici. Ossia il medico può "spiegare" al paziente/vittima quali sono i propri diritti e quale potrebbero essere le vie normative percorribili?

Ed ancora non si può dimenticare il fondamentale ruolo del medico quale soggetto certificatore delle patologie necessarie per configurazione della norma.

Saranno questi gli aspetti che verranno presentati e discussi in aula anche attraverso l'utilizzo di case study al fine di rendere più semplice ed efficace la presentazione.

APPUNTI

APPUNTI