



Violenza contro le donne e i minori
Servizi territoriali: cosa è stato offerto
e prospettive per il futuro

Sabato 11 maggio 2013 - ore 8.30-13.30

Sabato 18 maggio 2013 - ore 8.30-13.30

*Aula Magna – Clinica Mangiagalli
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
Via Commenda 12 – Milano*

Evento n. 1834-61895 - crediti n 9,4

Violenza contro le donne e i minori
Servizi territoriali:
cosa è stato offerto e prospettive per il futuro

Sabato 11 maggio 2013 – ore 8.30-13.30

Sabato 18 maggio 2013 – ore 8.30-13.30

Aula Magna – Clinica Mangiagalli
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
Via Commenda 12 – Milano

SABATO 11 MAGGIO 2013

Programma

- 8.30-8.45 *Registrazione Partecipanti*
- 8.45-9.00 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato
- 9.00-9.30 *Dott. Claudio Sileo*
Direttore Sociale ASL Milano
Collaborazione per la cura delle vittime di violenza adulte e minori tra:
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, ASL Milano,
Comune di Milano, Dipartimento di Morfologia Umana - Sezione di Medicina
Legale - Università degli Studi di Milano
- 9.30-10.00 *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 della violenza sulle donne e diagnosi precoce

10.00-11.15 *Dott. Emilio Fossali*
Direttore U.O.C. di Pediatria ad Orientamento Urgenza e Emergenza
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

Dott.ssa Antonella Costantino
Direttore U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

Dott.ssa Lucia Romeo
Pediatra ASL Milano e SBAM

Sportello bambino e adolescente maltrattato (SBAM)

11.15-11.30 *Intervallo*

11.30-12.00 *Prof. Andrea Gentilomo*
Professore Associato di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Medico Legale SVSeD e SBAM
Dipartimento di Morfologia Umana - Sezione di Medicina Legale
Università degli Studi di Milano
Il ruolo del Medico Legale in SVSeD e SBAM

12.00-12.30 *Avv. Francesca Cucino*
Avvocato dell'Associazione SVS DONNAIUTADONNA Onlus
Gli strumenti legali a difesa delle vittime

12.30-13.00 *Dott.ssa Maria Teresa Zocchi*
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Referente Commissione Pari Opportunità OMCeO Milano
*Il ruolo dei Medici di famiglia e dei Pediatri di libera scelta
nell'invio a servizi specializzati*

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

SABATO 18 MAGGIO 2013

*Cosa fare dopo la diagnosi di abuso e maltrattamento
per non aver paura di ascoltare*

Programma

8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*

Esercitazioni di gruppo su casi clinici:

- 1. Violenza sessuale (9.00-10.15)**
- 2. Maltrattamento (10.20-11.35)**
- 3. Abuso sessuale (11.40-12.55)**

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

Dott. Emilio Fossali

Direttore U.O.C. di Pediatria ad Orientamento Urgenza e Emergenza
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

Prof. Andrea Gentilomo

Professore Associato di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Medico Legale SVSeD e SBAM
Dipartimento di Morfologia Umana - Sezione di Medicina Legale
Università degli Studi di Milano

Dott.ssa Marina Ruspa

Ginecologa SUMAI Consultori Familiari ASL Milano e Ginecologa SVSeD

Dott.ssa Elena Calabrò

Coordinatrice psico-sociale SVSeD
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

Dott.ssa Iris Cisari

Psicologa SVSeD – Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

Dott.ssa Donatella Galloni

Assistente sociale ASL Milano e SVSeD
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

Dott.ssa Lucia Romeo

Pediatra ASL Milano e SBAM

Dott.ssa Eugenia Emilia Fanny Marchese

Assistente sociale SVSeD
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

Dott.ssa Maria Giulia Frasson

Responsabile Polo Ospedaliero U.O. di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

13.00-13.30 Compilazione schede di valutazione e di verifica

PER OTTENERE I CREDITI ECM E' NECESSARIO PARTECIPARE

AD ENTRAMBE LE GIORNATE

Collaborazione per la cura delle vittime
di violenza adulte e minori tra:
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale
Maggiore Policlinico e ASL Milano

Dott. Claudio Sileo
Direttore Sociale ASL Milano

La collaborazione tra la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico e ASL Milano è stata formalizzata con Deliberazione di ASL di Milano n° 1180 del 18 maggio 2007 : la Convenzione riguardava la gestione del Centro di assistenza per i problemi della violenza sessuale alle donne ed ai minori - Soccorso Violenza Sessuale – per il triennio 2007 – 2009. Successivamente, con Deliberazione di ASL di Milano n° 51 del 14 gennaio 2010, l'ASL di Milano ha prorogato la convenzione con la Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico per il periodo dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2012 e successivamente fino al 31/3/2013.

Considerata la valenza del Servizio Soccorso Violenza Sessuale e Domestica che gestisce i servizi di pronto soccorso per i casi di violenza sessuale e domestica rivolta a donne e minori e l'affermata importanza clinico-sociale acquisita dal Centro in tanti anni di attività, ASL Milano ha ritenuto di proseguire la collaborazione con la Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico dal 1 aprile 2013 fino al 31 dicembre 2015, ed ha sottoscritto un'apposita convenzione.

La convenzione disciplina la gestione del Centro di assistenza per i problemi della violenza sessuale alle donne ed ai minori attivato presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico. Nella convenzione sono previsti gli obblighi di ASL Milano e della Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico.

La Fondazione mette a disposizione del Centro l'attuale sede in vicinanza del Pronto Soccorso e Accettazione Ostetrico-Ginecologica.

La Fondazione per lo svolgimento delle attività del Centro SVSeD garantisce inoltre:

1. la collaborazione delle ginecologhe dipendenti della Fondazione, di cui una con funzioni di coordinamento del Centro SVSeD;
2. un'infermiera professionale a tempo pieno;
3. infermiere professionali ed ostetriche dipendenti della Fondazione, per reperibilità;
4. la collaborazione del personale del PS-Accettazione
5. due assistenti sociali per i progetti collaborativi con il Comune, la Provincia e per i rapporti con collaboratori del Terzo settore;
6. una segretaria
7. i propri laboratori per l'espletamento degli esami clinici richiesti dal Centro SVSeD e la radiologia per le urgenze
8. la disponibilità di letti per il ricovero ospedaliero delle vittime su decisione della ginecologa di turno o del medico di PS generale e pediatrico;
9. la collaborazione dei pediatri, dei chirurghi pediatri, dei chirurghi d'urgenza, dei chirurghi maxillo-facciali, degli anestesisti e rianimatori e degli psichiatri di turno, quando richiesto dalla ginecologa o dal medico legale;
10. la collaborazione della psicologa del "Centro specialistico di diagnosi prenatale" per i casi in cui sia in corso una gravidanza, o vi siano motivi di ospedalizzazione, anche come conseguenza della violenza subita.

La Fondazione si avvale per la gestione del Centro SVSeD di medici legali dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università reperibili 24 ore su 24, con la quale ha in atto apposito atto convenzionale. La Fondazione si avvale, altresì, per le prestazioni di mediazione culturale e di interpretariato della convenzione in atto.

L' A.S.L. di Milano partecipa alla gestione del Centro SVSeD garantendo:

1. la reperibilità ginecologica per 14 turni/mese di 24 ore e 4 turni/mese h24 sabato/domenica/festivi;
2. presenze ginecologiche, nell'ambito dei turni di reperibilità, per interventi a seguito di chiamata e per le attività programmate (in orario diurno dal lunedì al venerdì, per almeno 4 ore/gg e per le riunioni d'equipe), sino ad un massimo di 58 ore mensili);
3. presenza di un assistente sociale (36 ore/settimana) per attività programmate e reperibilità telefonica per un massimo di 10 turni di 12 ore al mese;

4. presenza di un pediatra per complessive 23 ore alla settimana, presso SVSeD e il pronto soccorso pediatrico;
5. presenza di uno psicologo per un totale di 20 ore alla settimana.

Per i rapporti con l'A.S.L. di Milano la Fondazione individua quale referente la Responsabile Dott.ssa Alessandra Kustermann, mentre l'A.S.L. di Milano individua quale referente il Direttore del Dipartimento A.S.S.I. e della Struttura Famiglia Dott. Aurelio Mosca.

I rapporti interistituzionali saranno invece tenuti dalla Dott.ssa Anna Pavan, Direttore Sanitario della Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico e dal Dott. Claudio Sileo, Direttore Sociale di ASL Milano.

I Punti di forza della collaborazione sono sinteticamente rappresentati da :

- Qualificazione ed esperienza dei professionisti che hanno operato e operano nei consultori ASL
- Multiprofessionalità e cooperazione tra professionisti
- Attivazione della rete dei Servizi pubblici e privati accreditati: consultori (ma non solo: Sert, Uonpia, Cps...)
- Sinergia con Comune di Milano e Terzo settore

La necessità di fare “ rete” e sistema tra Ospedale e Territorio è ben giustificata in riferimento ad alcuni dati di attività del Centro SVSD del 2012:

- Utenti straniera/i : 309 su 656 = 47%
- Domicilio fuori Milano: 387 su 656 = 59%
- Aggressore partner o ex: 277 su 569 = 49%
- Di cui paese origine Italia:259 su 569 = 46%
- Invio a rete Servizi : 72

Emerge cioè con evidenza la ricaduta sul territorio ed in particolare sui servizi ASL del territorio, che devono essere in grado di intercettare i bisogni di un'utenza fragile (straniere, anche senza fissa dimora o migranti su Milano) , con particolare attenzione al contesto “ familiare” dove si consuma in un gran numero di casi la violenza o il maltrattamento.

Epidemiologia della violenza sulle donne e diagnosi precoce

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

Risponde la donna al serpente "...dal frutto che sta in mezzo al giardino il Signore ha detto, "non mangiatene e non toccatelo che altrimenti morirete". Disse il serpente alla donna: "Voi non morireste affatto! Infatti il Signore sa che, nel giorno del vostro mangiare da esso, i vostri occhi si spalancherebbero e sareste come il Signore, conoscitori del Bene e del Male!"(Genesi).

Nella Genesi inizia proprio da questa **trasgressione necessaria** la storia dell'umanità. Senza la morte, in un eterno "qui e ora", senza conoscenza del bene e del male, la capacità di generare e di trasformarsi si sarebbe bloccata nella contemplazione della perfezione del giardino dell'Eden. "Il dono della donna e del serpente è la morte e, insieme a essa, l'istanza del conoscere." (da Elena Loewenthal EVA E LE ALTRE: Letture bibliche al femminile ed Bompiani 2005).

Ma se da questa trasgressione inizia la storia dell'umanità, ne deriva anche la punizione che colpisce tutte le figlie di Eva: *Renderò tanto il tuo dolore e tale il tuo travaglio; nello spasmo partorirai i figli e verso il tuo uomo ti spingerà il desiderio, **ma lui ti dominerà***(Genesi).

La conoscenza ha portato all'affievolirsi di almeno una delle maledizioni, infatti l'analgesia in travaglio di parto ha consentito alle donne di non partorire nel dolore, ma non è stata sufficiente a modificare una cultura diffusa che giustifica la dominanza di un genere sull'altro. Questa sudditanza si perpetua ancora oggi, tanto che in ben 53 paesi nel mondo la violenza sessuale da parte del marito non è perseguibile. Un diritto disuguale alla sessualità che persino in Francia e in Italia è rimasto tale fino alla metà degli anni 90, quando finalmente è stato affermato il principio che *la violenza sessuale è un reato: chiunque ne sia l'autore.*

In alcuni paesi uccidere una donna per salvare l'onore della famiglia o viene tollerato o comunque viene sanzionato con pene ben più lievi di un "normale" omicidio.

D'altra parte il cosiddetto delitto d'onore è stato abrogato in Italia solo nel 1981: "Chiunque cagiona la morte del coniuge, della figlia o della sorella, nell'atto in cui ne scopre la illegittima relazione carnale e nello stato d'ira determinato dall'offesa all'onore suo o della famiglia, è punito con la reclusione da 3 a 7 anni. Alla stessa pena soggiace chi, nelle dette circostanze, cagiona la morte della persona che sia in illegittima relazione carnale col coniuge, con la figlia o con la sorella (ex art. 587 Codice Penale)". Ma pur abrogato e mascherato dal termine più corretto politicamente di "movente passionale" *il senso di possesso, di proprietà resta alla base di molti femminicidi.*

Nel 2005 l'allora Vicepresidente della Commissione Europea Franco Frattini, in un discorso al Parlamento europeo dichiarò che si valutano in almeno 700-900 le donne che muoiono in Europa ogni anno a causa della violenza dei loro partner e tale cifra è da considerarsi sottovalutata. Ogni anno in Italia sono uccise circa 100 donne da partner o ex partner.

Da una ricerca recentemente pubblicata in "Uomini che uccidono" di Anna Costanza Baldry e Eugenio Ferraro (ed. CSE), che è riuscita ad analizzare i fascicoli giudiziari di 269 casi di omicidi nell'ambito della coppia avvenuti in Italia tra il 2000 e il 2004, emerge che nel 19,9% dei casi il movente principale è stato il rifiuto della fine della relazione, nel 13,9% l'exasperazione dell'autore, nel 10% una forma morbosa di gelosia, nel 8,8% una discussione di vario genere, nel 6,4% i problemi e le discussioni per questioni economiche, nel 4,8% una recriminazione per i comportamenti attuati dalla vittima, nel 4% il sospetto di tradimento, nel 2,8% un forte risentimento, ecc.

Di fatto in più della metà dei casi indagati la perdita del dominio sulla donna, il rifiuto di accettare la sua libertà e autodeterminazione è stato alla base del femminicidio.

Ma l'uomo che ha ucciso in più di un terzo dei casi si è a sua volta suicidato (21,9% omicidio/suicidio, 3,8% omicidio multiplo/suicidio, 0,4% duplice omicidio/suicidio) o ha tentato di suicidarsi senza riuscirci (9,1% omicidio/tentato suicidio, 3,8% omicidio multiplo/tentato suicidio). L'analisi dei fascicoli giudiziari ha messo in evidenza anche che circa la metà degli uomini (54,5%) che è rimasto in vita è stato sottoposto a perizia psichiatrica, che in 1 su 5 non ha rilevato alcuna patologia, per gli altri ricorrono più frequentemente la depressione, il disturbo paranoideo, un disturbo di personalità non meglio definito, uno stato di alterazione della coscienza e per pochi la

diagnosi è di schizofrenia (circa il 3%). In definitiva le pene comminate ai femminicidi, vanno dai 5 ai 15 anni e solo in poco meno del 20% dei casi superano i 20 anni.

Anche dopo la morte a queste donne non è stato restituito un identico valore e le attenuanti sembra che abbiano prevalso sulle aggravanti.

La violenza contro le donne è definita dall'OMS come: **“.....ogni atto, legato alla differenza di sesso, che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale o psicologico o una sofferenza della donna compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o arbitraria coercizione della libertà sia nella vita pubblica che quella privata”**.

La violenza contro le donne è un fenomeno molto diffuso, ma frequentemente misconosciuto. La sottovalutazione è determinata anche da stereotipi che accomunano donne e uomini, compreso forze dell'ordine e operatori sanitari.

Questo fenomeno assurge agli onori delle cronache e diviene 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 a episodi di sadismo contro i minori.

Le campagne di stampa allora svegliano le coscienze, aggiungendo sempre nuovi episodi, creando un clima di straordinarietà rispetto al fenomeno, dopo di che si assiste a 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.

In Italia, come in molti altri paesi, per contrastare la violenza sono state organizzate campagne informative di prevenzione e di sensibilizzazione, tese a diffondere la consapevolezza che il maltrattamento intrafamiliare è un grave reato, che coinvolge non solo la donna che ne è vittima, ma anche i figli che assistono e apprendono un lessico familiare che confonde affetto con prevaricazione.

E' fondamentale attribuire in modo netto le responsabilità: gli aggressori sono i colpevoli e le donne che ne sono vittime devono poter contare su aiuti diffusi sul piano sociale, legale e psicologico.

Il rapporto mondiale sulla violenza e sulla salute è stata la prima analisi completa tesa ad aumentare la consapevolezza dell'impatto della violenza sulla salute pubblica e sul ruolo che gli operatori possono giocare nella prevenzione.

Dal "World report on violence and health" è emerso che l'esperienza di abuso sessuale è alla base del 4-5% di depressione, alcolismo e tossicodipendenza negli uomini e del 7-8% tra le donne e che quasi un terzo delle adolescenti a livello mondiale sono state forzate ad avere la prima esperienza sessuale.

Dal rapporto dell'allora segretario generale dell'ONU – Kofi Annan – alla Terza commissione dell'Assemblea generale delle Nazioni unite 10/10/2006 è emerso:

1 donna su 3 in tutto il mondo subisce violenza, nel corso della vita, da parte di un familiare o partner. Le donne che hanno subito gravi violenze psicologiche sono il 10% in Egitto e il 51% in Cile. In Europa, Nordamerica e Australia un terzo delle donne hanno subito abusi sessuali, e il dato sale a oltre il 50% nel caso delle donne con disabilità.

In Francia, il 35% delle donne subiscono forti pressioni psicologiche da parte di un familiare o partner nell'arco di 12 mesi. I costi economici delle violenze sono alti: secondo uno studio del 2004, nel Regno Unito i costi diretti e indiretti delle violenze sulle donne ammontano a più di 23 miliardi di sterline (oltre 30 miliardi di euro) all'anno, cioè 440 sterline (oltre 600 euro) a persona.

Uno studio su larga scala effettuato in Svezia, Germania e Finlandia dimostra che almeno il 30-35% delle donne tra i 16 e i 67 anni sono state vittime, almeno una volta nella vita, di violenza fisica o sessuale.

In Italia secondo un'indagine ISTAT del 2000 sulla sicurezza dei cittadini la situazione è altrettanto preoccupante. Infatti oltre la metà delle donne di età compresa tra i 14 e i 59 anni ha subito almeno una molestia sessuale, un ricatto sessuale sul lavoro o una violenza, tentata o consumata, nel corso della vita (55,4%). 520 mila donne, nel corso della loro vita, hanno subito almeno una violenza tentata o consumata (il 2,9% del totale delle donne di 14-59 anni) mentre il 3,1% delle donne di 15-59 anni, nel corso della vita lavorativa, sono state sottoposte a ricatti sessuali sul posto di lavoro: in particolare l'1,8% per essere assunte e l'1,8% per mantenere il posto di lavoro o avanzare di carriera.

Sempre in Italia secondo una nuova indagine ISTAT presentata nel 2006 **incentrata solo sulla violenza** quasi 1 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, **2,4%** dal partner o ex partner e **2,9%** da uomo non partner.

1 milione 400 mila donne hanno subito violenza sessuale prima dei 16 anni, di queste il **64,4%** subiscono anche da adulte violenza sessuale;

1 milione 680 mila donne hanno assistito prima dei 16 anni a violenza domestica contro la madre,

di queste il **58,5%** subiscono da adulte violenza fisica o sessuale.

Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner. Solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner, lo denuncia. Il sommerso continua, quindi, ad essere la norma. Inoltre, e ben più grave, appare il dato che il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l'hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite.

Nel silenzio si consuma la violenza e dal silenzio continua ad essere avvolta. I danni sulla salute fisica e psichica che la violenza determina sono quindi non prevenibili se non si attivano risorse e soluzioni innovative in grado di spezzare la spirale che incatena in un medesimo destino anche le generazioni future.

Dalla ricerca ISTAT emerge che tra i fattori che determinano una maggiore predisposizione a divenire un partner violento appare maggiormente significativo avere avuto un padre che picchiava la propria madre o che è stato maltrattato dai genitori. Infatti, la quota di violenti con la propria partner è pari al 30% fra coloro che hanno assistito a violenze nella propria famiglia di origine, al 34,8% fra coloro che l'hanno subita dal padre, al 42,4% tra chi l'ha subita dalla madre, mentre è limitata al 6% tra coloro che non hanno subito o assistito a violenze nella famiglia di origine.

Va inoltre precisato che se la quantità della violenza è sostanzialmente stabile, la qualità della violenza si è modificata, prendendo forme diverse e più cruente, che vanno dalla persecuzione continuata e grave attraverso pedinamenti, controlli di ogni tipo, minacce ed aggressioni fino all'omicidio.

In genere la persecuzione viene attuata da ex: mariti, partner o fidanzati nel momento in cui il rapporto si rompe o la donna dichiara di volersi allontanare dalla situazione di violenza da sola o con i figli.

Di fronte a dati così poco incoraggianti il Parlamento europeo ha chiesto agli stati membri di adottare misure rivolte a una sensibilizzazione collettiva e individuale sulla violenza contro le donne.

Il 2 febbraio del 2006 in Seduta Plenaria il Parlamento Europeo con 545 voti favorevoli, 13 contrari e 56 astensioni ha emanato:

- 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 «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».

Nel 2004 è stata emanata in Spagna una legge sulla violenza di genere in seguito ai numerosi casi di violenza riportati.

Per prevenire il problema della violenza e per cercare di modificare la cultura prevalente è stata imposta “Educazione per l'uguaglianza e contro la violenza di genere” come materia obbligatoria di insegnamento nelle scuole superiori. In ambito sanitario si è cercato di contrastare il fenomeno diffondendo sistemi di diagnosi precoce e sviluppando programmi di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario. Sono stati stabiliti protocolli sanitari per la prevenzione, la diagnosi precoce e l'intervento in collaborazione con l'amministrazione della giustizia. E' stata creata anche una Commissione, del Sistema Nazionale di Salute, incaricata di appoggiare tecnicamente, coordinare e valutare le misure sanitarie stabilite dalla legge.

Sono state decise delle **MISURE D'APPOGGIO ALLE VITTIME**:

- Si riconosce alla vittima il **diritto di riduzione del tempo di lavoro**, alla sospensione del rapporto professionale con riserva del posto e diritto al sussidio di disoccupazione;
- Si stabilisce un **programma di reinserimento lavorativo** per le vittime che hanno perso il lavoro e per chi non può seguire il programma, si stabilisce un aiuto economico in funzione dell'età e della responsabilità familiare;
- Si stabiliscono **aiuti per la formazione delle donne** a sottrarsi alla dipendenza economica dei propri aggressori,
- Priorità d'accesso a **case d'accoglienza** ufficiali;

- **Sussidi aggiuntivi** alle imprese che offrono un contratto alle vittime;
- Omologazione dei “**servizi d’informazione alla donna**” in tutte le città e in tutti i comuni per garantire a tutte le vittime le stesse possibilità;
- Adattamenti delle attuali case di accoglienza che si convertano in centri specializzati di recupero integrale al fine di offrire terapia psicologica, appoggio legale, sociale ed educativo.

Sul versante giudiziario sono state stabilite:

- Creazione di **430 giudici speciali**, con competenze civili e penali, dedicati alla lotta contro la violenza di genere, di coppia e domestica
- Creazione della figura del **Procuratore contro la violenza di genere**, in funzione di delegato dello Stato, competente in materie penali e civili pertinenti al discorso di genere
- **Modificazione della legge d’Assistenza Gratuita**: le vittime di violenza domestica hanno diritto all’assistenza gratuita
- Modifica del Codice Penale, stabilendo **pene più dure riguardo alla violenza di genere e di coppia**, ma soprattutto stabilisce pene di peso differente a seconda che l’aggressore sia un uomo o una donna (all’aggressore di sesso maschile il maggior castigo).

Anche in Italia era stata proposta dal precedente governo, fortemente spinta dall’allora Ministro delle Pari opportunità Barbara Pollastrini, una proposta di legge sulla violenza di genere, che teneva conto della necessità di affrontare il problema in modo organico, senza arrivare all’eccesso di prevedere una pena differenziata e maggiore per l’aggressore di sesso maschile. Purtroppo anche in questo caso non si riuscì ad approvarla per le contraddizioni insite nella stessa maggioranza.

Comunque i dati provenienti dalla Spagna sono incoraggianti. Dopo l’approvazione della legge è aumentato il numero di denunce, sono stati emessi più ordini di protezione per le donne maltrattate e vi è stata una diminuzione di ritiri di denunce. La differenza maggiore rispetto agli anni precedenti è stata osservata nel minor numero di donne uccise dal partner dopo aver denunciato la violenza. I sistemi di protezione, quindi, sembra che abbiano funzionato.

Queste constatazioni preliminari per inquadrare il fenomeno della violenza sono utili per comprendere cosa ha spinto tutti noi a creare un servizio dedicato alle vittime di violenza.

Sono passati più di 13 anni dall'inizio del corso di formazione per gli operatori del servizio, tanti per mantenere una motivazione elevata, ma se ancora lavoriamo nel Soccorso Violenza Sessuale è perché continuiamo a credere che chi subisce violenza ha diritto di incontrare operatori preparati, competenti e in grado di accogliere.

Per far sì che la storia dell'esperienza drammatica delle donne che subiscono dopo la violenza anche l'umiliazione di trovare operatori sanitari disattenti, scettici o colpevolizzanti non si perpetui.

Il **Soccorso Violenza Sessuale** nacque nel Maggio del 1996, a pochi mesi dalla approvazione della legge 66 sulla violenza sessuale. Si voleva garantire alle vittime di violenza sessuale che arrivavano in Clinica Mangiagalli un immediato soccorso.

Fin dall'inizio fu chiaro che il trauma determinato dalla violenza sessuale richiedeva interventi più complessi della visita e della raccolta delle prove, per questo furono integrate nel servizio figure professionali con competenze diverse. Dal 1998 la regione Lombardia ha riconosciuto il SVS come centro di riferimento regionale e lo finanzia come funzione speciale con fondi specificamente assegnati. Dall'inaugurazione del SVS ad oggi molte ginecologhe, assistenti sociali, psicologhe e medici legali hanno smesso di lavorare attivamente nel centro, altre persone sono arrivate, ma ognuno di loro ha dato un contributo prezioso nella costruzione e modificazione delle migliori prassi.

E' un servizio che richiede una forte motivazione, una consapevolezza che è difficile imparare ad affrontare il problema della violenza, senza lasciarsi travolgere, ma riuscendo a mantenere capacità d'ascolto, empatia e soprattutto non giudizio.

Modalità di assistenza

La vittima arriva all'SVS:

- per arrivo spontaneo
- inviata da altre strutture sanitarie (ospedali, consultori, ecc.) o psico-sociali
- accompagnata dalle forze dell'ordine (polizia, carabinieri)

Il SVS è aperto tutti i giorni feriali dalle 9 alle 17, con la presenza dell'infermiera e di almeno un'assistente sociale e di una psicologa.

La pronta disponibilità di una ginecologa, di un'infermiera/ostetrica e di un medico legale è garantita nell'arco delle 24 ore, tutti i giorni dell'anno.

Nell'emergenza intervengono, su chiamata del personale di guardia in Clinica Mangiagalli, le ginecologhe affiancate da infermiere o ostetriche, ed è possibile contattare il medico legale in tutti i casi in cui ve ne sia la necessità e comunque sempre previo consenso della persona che si è rivolta al SVS con una richiesta di aiuto. In caso di bambini al di sotto dei 14 anni il medico legale viene sempre chiamato. L'intervento nell'emergenza prevede un'accoglienza con tempi variabili a seconda dello stato e delle necessità della vittima ed un intervento sanitario tecnico. L'intervento nell'emergenza prevede un'accoglienza con tempi variabili a seconda dello stato e delle necessità della vittima ed un intervento sanitario tecnico. La persona che ha subito una violenza sessuale può essere nel momento in cui giunge in ospedale in una condizione di sindrome post traumatica da stress acuta o cronica, oppure può presentare una sintomatologia psichica variabile, anche se non necessariamente patologica (ansia, timore, depressione, pianto, passività, amnesia totale o parziale, incoerenza nell'eloquio, confusione, sopore, aggressività).

E' evidente che la visita in questi casi andrà rinviata fino al momento in cui la donna sarà consenziente alla sua effettuazione. Occorre tenere sempre presente che la visita ginecologica e l'esame ispettivo possono essere vissuti dalla vittima come una ulteriore violenza.

Riveste una particolare importanza una corretta documentazione della visita ginecologica e clinica (con particolare attenzione anche alla descrizione degli aspetti psicologici), la raccolta delle prove (compreso indumenti strappati o macchiati), i tamponi per la ricerca dello sperma o di tracce di diversi liquidi biologici (per eventuali successive analisi del DNA).

Deve essere seguito un protocollo che prevede la compilazione di una scheda anamnestica, la descrizione dell'esame obiettivo fisico e psichico, la documentazione fotografica e l'effettuazione degli esami batteriologici, ematochimici, tossicologici (se opportuni in base alla descrizione degli eventi), infettivologici e per la ricerca degli spermatozoi.

La scheda clinica è utilizzabile sia per la raccolta dati sia per la certificazione, e deve contenere tutti gli elementi utili per un'eventuale successiva perizia medico-legale.

Il materiale biologico ed eventuali indumenti delle vittime devono essere raccolti e catalogati, conservandoli in modo corretto per i casi in cui la donna decida di presentare querela entro i 6 mesi successivi o comunque vi sia l'obbligo per il sanitario di presentare denuncia di reato.

I tests, anche tossicologici o di eventuale successiva tipizzazione genica, saranno effettuati in un secondo momento su richiesta della magistratura. Tale richiesta può avvenire anche a distanza di anni dall'evento.

La cura da un punto di vista sanitario, la ricerca dei segni e delle prove della violenza non sono che una parte del nostro intervento. Notevole importanza rivestono gli aspetti sociali e psicologici, nella ricerca con la persona vittima di violenza di un progetto condiviso.

La presa in carico di più lungo periodo può prevedere anche l'attivazione di un lavoro di rete più allargato con i servizi pubblici e del volontariato sociale che si occupano di questi temi.

Al servizio pubblico si affiancano gli avvocati penalisti e civilisti dell'associazione di volontariato SVS-DONNA AIUTADONNA, che garantiscono l'assistenza legale alle vittime.

Ancora oggi la frequenza delle denunce è molto bassa, si stima che le denunce, anche nel mondo occidentale, rappresentino tra il 10% e il 50% dei reati commessi, in Italia probabilmente la propensione alla denuncia è ancora inferiore.

Tra i motivi che portano a celare la violenza sessuale subita vi sono la paura di ritorsioni da parte dell'aggressore, il senso di colpa per non essere stata capace di difendersi, l'imbarazzo nel descrivere l'evento, il timore di non essere creduta e la vergogna di affrontare un iter giudiziario che renderà pubblici particolari vissuti come umilianti.

Per la violenza sessuale intrafamiliare vi è inoltre una difficoltà a riconoscersi come vittima, e questo è vero sia per un minore che subisce violenza nell'ambito della famiglia, sia per una donna costretta ad un rapporto sessuale contro la sua volontà da parte del partner abituale. La violenza domestica invece viene taciuta per motivazioni ancora più complesse che coinvolgono il ruolo della donna nella società, il predominio economico dell'uomo nella coppia, il senso della famiglia come bene da tutelare, la paura della solitudine, la difficoltà ad ammettere il fallimento del proprio progetto di vita, il timore per i possibili danni psicologici sui figli di una denuncia di maltrattamenti compiuti dal padre.

Variabili importanti, nel determinare una maggiore propensione alla denuncia sono la percezione sociale del fenomeno, la minore diffusione dei "miti sullo stupro", ma soprattutto il sostegno accordato alle vittime.

D'altra parte si ritiene che la diffusione della violenza sessuale sia 10 volte più frequente della percezione dei medici (Stark et al 1979).

Non per cecità o per sordità acquisita, ma per l'intrinseca difficoltà di riconoscere ciò che quelle stesse persone hanno scelto di nascondere, mimetizzando la violenza subita dietro una più rassicurante dichiarazione di lesione da incidente occasionale.

Anni di studio e l'esperienza professionale ci hanno insegnato come comportarci con una persona malata che si rivolge a noi in base ad un patto esplicito, mentre scarsa è la nostra preparazione al riconoscimento dei segnali inespressi.

Non siamo stati abituati ad indagare sulle reali motivazioni che portano gli individui a richiedere il nostro aiuto, sui conflitti di coppia, sugli ulteriori elementi di fragilità delle persone. Tuttavia se vogliamo provare a capire una vittima di violenza dobbiamo imparare ad ascoltare in modo diverso, a prestare attenzione ad altro, anche alle parole non dette, perché troppo difficili da pronunciare.

Purtroppo gli ambulatori medici e gli ospedali non sono luoghi dove è facile trovare il tempo per curare con attenzione ferite nascoste o per comprendere il contesto sociale e familiare delle persone che si rivolgono a noi. L'ascolto, la comprensione, l'empatia sono necessari, ma non sufficienti a determinare una scelta di uscita dalla violenza, che richiede per la donna di iniziare un percorso ben più lungo e tortuoso.

E' fondamentale mantenere la consapevolezza che il superamento del trauma determinato da questi eventi non si esaurisce nel primo intervento e nel progetto condiviso con la vittima. Molteplici aspetti culturali, economici e sociali condizionano la risposta individuale e le relazioni affettive preesistenti svolgono comunque un ruolo determinante. Le situazioni di vulnerabilità che possono coesistere con il trauma della violenza determinano una molteplicità di bisogni psico-socio-sanitari, che sono difficilmente affrontabili da un singolo medico, per quanto adeguatamente preparato, specie in un normale ed affollato pronto soccorso ospedaliero. Vi è quindi la necessità di prevedere l'intervento di professionalità differenti, che garantiscano un intervento non solo sanitario e medico-legale, ma anche psicologico e sociale.

Solo l'integrazione tra diverse figure professionali consente di mettere in atto tutte le azioni successive ad un primo intervento medico e che, nella maggior parte dei casi, coinvolgono molteplici aspetti della vita della persona. Proprio per questa consapevolezza abbiamo deciso di ampliare il nostro servizio.

Il **Soccorso Violenza Domestica** è stato inaugurato nel Dicembre 2007 ed è nato come progetto in rete tra Assessorato alla Famiglia, Scuola e Politiche Sociali del

Comune di Milano, Caritas, Casa delle Donne Maltrattate, cooperativa Cerchi d'Acqua, SVS Donna Aiuta Donna, Telefono Donna, a cui si sono recentemente aggiunti CEAS e Casa della Carità. Le assistenti sociali e le psicologhe del SVD si recano direttamente al Pronto Soccorso del Policlinico su chiamata dei medici e degli infermieri. Di notte e nei giorni festivi possono parlare al telefono con la donna per fissare un appuntamento. Anche a tutte le donne vittime di violenza domestica viene offerta una consulenza legale gratuita.

Eva ha scelto di acquisire la conoscenza del bene e del male per l'intera umanità e ha lasciato in eredità alle sue figlie l'immenso potere di generare. Madri amorevoli, empatiche, ma alcune invece madri violente o incapaci di tramandare un lessico familiare delle relazioni tra i generi che preveda l'amore, il rispetto dell'altro, la tutela dell'autonomia, la capacità di tollerare le frustrazioni. In definitiva la prevenzione della violenza di genere inizia nella famiglia, prosegue nelle prime esperienze scolastiche, si rafforza nella diffusione di una diversa cultura dei rapporti tra uomini e donne.

La pubblicità ha la responsabilità di mostrare una immagine svalorizzante della donna, fino all'esasperata volgarità dello stupro di gruppo suggerito da una recente campagna pubblicitaria, ma anche questo non è altro che l'epifenomeno dell'analfabetismo che circonda le relazioni tra i generi.

Nonostante questa difficoltà di comprendere la diversità femminile la maggioranza degli uomini non maltratta le donne e solo una minoranza arriva ad agire una violenza sessuale. Nell'attesa di un futuro all'insegna della tenerezza, abbiamo cercato di rispondere al bisogno di cura di chi ha subito una violenza sessuale con il Soccorso Violenza Sessuale e più recentemente con il Soccorso Violenza Domestica abbiamo provato ad affiancarci alle donne che subiscono maltrattamenti psicologici e fisici, per offrire un aiuto in emergenza a quelle che decidono o decideranno di interrompere la spirale di violenza che permea la loro vita. Ma nella violenza agita nell'ambito delle relazioni di coppia il percorso di uscita dalla situazione violenta è ancora più complesso, ondivago e a volte, come abbiamo visto, rischioso. Ad una prima e anche rara decisione di denuncia, quasi invariabilmente segue una ritrattazione, una giustificazione del partner, una minimizzazione dell'avvenuto.

Il numero di episodi violenti che una donna è in grado di tollerare, di "perdonare", di addurre a una propria colpevole incapacità o inadeguatezza è estremamente elevato.

Restano o tornano con il partner, ma almeno hanno sperimentato nel nostro centro un ascolto empatico e non giudicante, hanno intravisto con noi uno spiraglio di speranza che le può aiutare ad affrontare la paura di più gravi percosse, la vergogna del fallimento, la solitudine, un eventuale processo.

Sportello bambino e adolescenti maltrattato (SBAM)

Dott.ssa Lucia Romeo

Pediatra ASL Milano e SBAM

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL SOSPETTO MALTRATTAMENTO DI MINORI
PRESSO IL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO E IL SERVIZIO SVSeD DELLA FONDAZIONE IRCCS CA'
GRANDE - OSPEDALE MAGGIORE - POLICLINICO

PREMESSA

In questo inizio millennio la violenza, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002) nel World Report on Violence and Health come "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, a rischio o attuale, contro se stesso, contro un'altra persona o contro un gruppo o una comunità, che risulta, o ha un'alta probabilità di risultare, in lesioni, morte, danno psicologico, disturbo dello sviluppo o deprivazione", rappresenta una delle più grandi minacce alla salute della comunità e prevenirla è stato riconosciuto dalla 49° World Health Assembly come una priorità di Sanità Pubblica.

Il Consiglio d'Europa definisce maltrattamento e abuso tutti gli atti e le carenze che turbano il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, intellettuale, morale e le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri.

Può manifestarsi in atti quali percosse, lesioni, atti sessuali, ipercuria, oppure in omissioni quali incuria, trascuratezza, abbandono. Queste azioni, agite o mancate, costituiscono sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione di un bambino, che perciò provoca gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita.

Per i bambini vittime di abuso e maltrattamento nell'ultimo decennio si sono attivati strumenti di contrasto e prevenzione monitorati attraverso l'Osservatorio Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, istituito dal Governo Italiano.

L'abuso sessuale (intra o extrafamiliare) e/o il maltrattamento provocano danni tanto maggiori quanto più sono stati ripetuti, a causa di un mancato riconoscimento o di una scarsa protezione della vittima da parte del contesto familiare e/o sociale.

Una variabile importante nel determinare conseguenze a lungo termine è il livello di dipendenza psicologica e affettiva tra vittima e abusante.

Caratteristica del maltrattamento è la sua continuità, cioè il suo mantenersi e ripetersi nel tempo; diventa un modello relazionale e comportamentale stabilizzato e perde le caratteristiche dell'episodio occasionale.

Il maltrattamento può essere: fisico (sindrome del bambino battuto e sindrome del bambino scosso), o psicologico (ripetute ingiurie e deprezzamento). La patologia può dare incuria, discuria, ipercuria (sindrome di Munchausen per procura).

La rilevanza del problema in termini di vite perdute, disabilità, esiti psichici e perdita di potenziale di salute è enorme, quindi diventa importantissimo strutturare interventi di prevenzione e di cura che da una parte incidano sui fattori di rischio che determinano la concretizzazione di atti violenti e dall'altra possano influire in modo efficace sulle conseguenze a breve e lungo termine. I soggetti meno difesi e a maggior rischio per marginalità e povertà sono i bambini, che pagano il prezzo più alto e le conseguenze più gravi per la società. I bambini sono più vulnerabili non solo per la difficoltà a difendersi legata alla debolezza fisica e psichica, ma anche per la loro necessità di dipendere da adulti di riferimento.

Il maltrattamento fisico si concretizza quando "i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino eseguono, o permettono che si eseguano lesioni fisiche o mettono i bambini in condizione di rischiare lesioni fisiche".

In base alla gravità delle lesioni riportate, il maltrattamento viene distinto in:

- di grado lieve: il minore subisce percosse che non causano traumatismi;
- di grado moderato: il minore riporta lesioni con traumatismi;
- di grado severo: il minore riporta lesioni con traumatismi plurimi tali da richiedere il ricovero in rianimazione.

Fin dal 1996 all'interno della Clinica Mangiagalli della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico è stato istituito il "centro medico di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori", riconosciuto dalla Regione Lombardia come centro di riferimento regionale, in collaborazione tra l'ASL Milano, la sezione di Medicina Legale del DMU dell'Università degli Studi di Milano e l'Assessorato Famiglia, Scuola e Politiche Sociali del Comune di Milano.

Le attuali articolazioni del centro prevedono l'assistenza e la terapia per le vittime adulte e minori di violenza sessuale e domestica (SVSeD), anche in collaborazione con la rete territoriale e del terzo settore, operante su questi temi.

Per rispondere alla problematica del maltrattamento ai minori si pensa di attuare un servizio in collaborazione con il PS pediatrico per la diagnosi precoce e la successiva presa in carico dei casi sospetti o accertati.

DIMENSIONI DEL FENOMENO

Vi è una difficoltà a reperire dati attendibili, in quanto mancano studi di popolazione e il numero di segnalazioni all'Autorità Giudiziaria rappresenta solo parzialmente la prevalenza del fenomeno del maltrattamento ai minori. Tra i motivi della difficoltà di reperire dati nei pronto soccorso vi sono il numero di accessi, anche contemporanei, di numerosi minori, la maggiore propensione dei sanitari a concentrare l'attenzione sui casi più urgenti o clinicamente impegnativi, la resistenza a sospettare e riconoscere il maltrattamento per disinformazione sul problema e paura di ripercussioni da parte delle famiglie, la non conoscenza o inosservanza degli obblighi di legge, l'oggettiva difficoltà di parlare con il minore senza che siano presenti i famigliari che nascondono le cause delle eventuali patologie o lesioni riscontrate.

- I risultati di una ricerca effettuata a Perugia nel 2002 individua 59 bambini maltrattati su 19.794 minori di 15 anni. La stima di prevalenza sulla base di 3 anni è di 2,9 su 1000 e la media in Francia e Inghilterra è di 5 su 1000. Una ricerca del 2009 curata dall'Istituto Superiore di Sanità riporta che su 5.000.000 di accessi ai pronto soccorso pediatrici il 2% sia collegato ad un maltrattamento. In base a questi dati si può ipotizzare che sui 28.000 accessi al Pronto Soccorso Pediatrico della Fondazione tra 560 e 810 casi dovrebbero essere imputabili ad un maltrattamento, a cui si possono aggiungere i casi di minori che accedono al PS per abuso di alcool o droghe, che potrebbero essere conseguenze di eventuali maltrattamenti pregressi o in atto.

Le conseguenze del mancato riconoscimento e segnalazione di un maltrattamento possono essere gravissime e, anche se in pochi casi, possono portare fino al decesso del bambino. Il maltrattamento è l'unica condizione patologica in cui la famiglia non è alleata del pediatra, per omertà o per sottovalutazione delle ripercussioni psichiche nel lungo periodo. Ansia, depressione, disturbi del sonno, comportamenti aggressivi e antisociali, disturbi dell'attenzione e dell'alimentazione, aumentato rischio di suicidio

compaiono spesso nei casi di maschi e femmine che abbiano subito maltrattamenti nell'infanzia o adolescenza. Nei casi più gravi si riscontra ritardo o mancata acquisizione delle competenze cognitive linguistiche, emotive e relazionali.

D'altra parte un'erronea accusa di maltrattamento può avere effetti altrettanto gravi sul bambino, sulla sua famiglia e su coloro che vengono ingiustamente accusati. Tranne poche eccezioni, nessuna lesione presa singolarmente è patognomonica di maltrattamento. L'assenza di evidenze traumatiche nel fisico non può tuttavia consentire di escludere l'ipotesi di maltrattamento.

PERCHE'SBAM.....

La rete istituzionale è frammentata, manca un approccio disciplinare che sposti l'attenzione dall'analisi psico-sociale del contesto familiare al bambino e alla sua sofferenza. La conseguenza della frammentarietà dei servizi fa sì che non si dia ai bambini l'adeguata protezione e alle famiglie l'aiuto necessario per risolvere questa disfunzione. Il rischio è che un mancato intervento in fase precoce porti al cronicizzarsi di rapporti intrafamiliari violenti, creando una catena di ripetizione dei fatti, che si ripercuoterà anche nelle generazioni future.

La complessità del tema necessita la collaborazione di più professionisti e discipline come sottolineato dall'OMS secondo cui la presa in carico del bambino maltrattato e della sua famiglia deve essere effettuata da un'equipe multidisciplinare. In Italia fin dal 1998 il Consiglio dei Ministri ha istituito una Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti,abusi,e sfruttamento sessuale dei minori, ed è stata proposta l'attivazione di equipe multidisciplinari di riferimento per il territorio di competenza che possano fornire una consulenza specialistica agli operatori chiamati ad occuparsi del caso.

Il Pronto Soccorso Pediatrico della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico è localizzato in una zona di Milano facilmente accessibile, ha un elevato numero di accessi, si avvale di sussidi diagnostici e terapeutici completi, per la presenza di specialisti chirurghi pediatri, ginecologi, medici legali già reperibili per SVSeD, traumatologi, neurochirurghi, anestesisti rianimatori, radiologi e neuroradiologi di guardia giorno e notte.

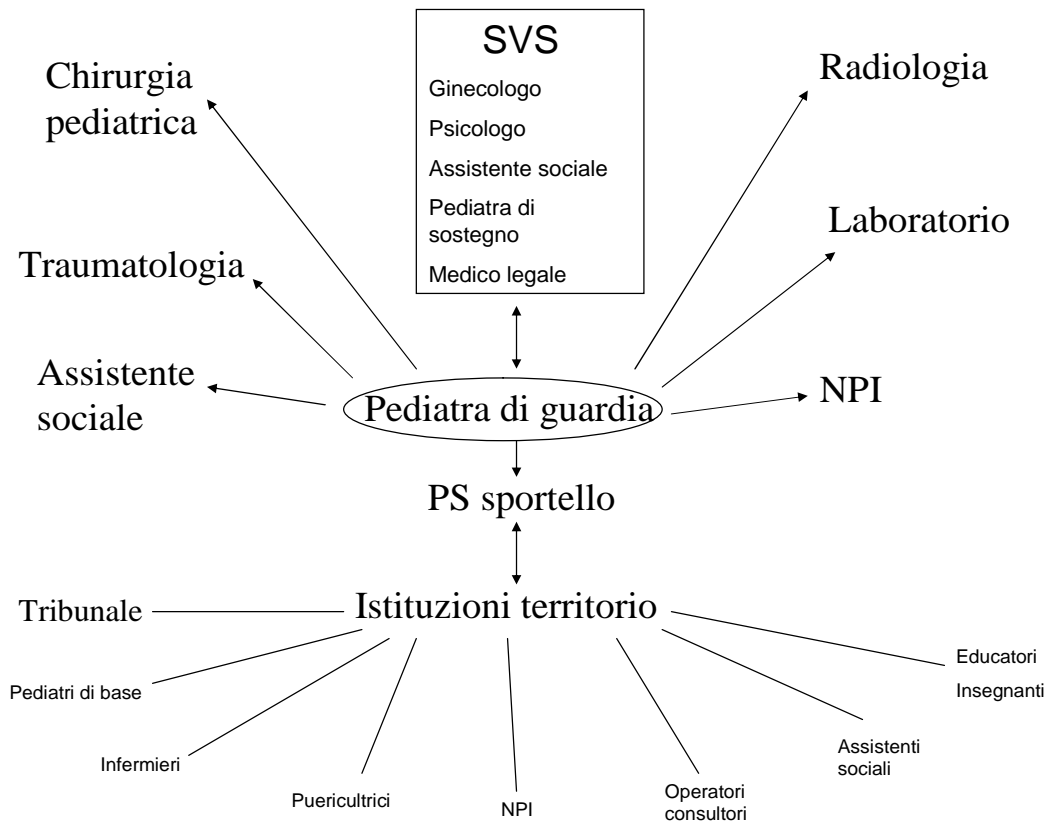
L'istituzione di un servizio specifico sul maltrattamento ai minori: **SBAM** consente di affiancare alle professionalità già presenti un'equipe di specialisti che prendono in carico il bambino in cui sia sospettato o accertato un maltrattamento, per attivare la

rete territoriale di riferimento e/o per segnalare il caso agli eventuali organi competenti.

L'equipe si avvarrebbe inoltre della professionalità già acquisita dagli operatori psicosociali del SVSeD, che già si occupano da anni di abuso sessuale nell'infanzia e nell'adolescenza. La presenza di un pediatra esperto consente di offrire anche una consulenza telefonica ai professionisti del territorio (insegnanti, pediatri di base, pediatri e chirurghi pediatri ospedalieri, assistenti sociali, etc) collaborando nella valutazione del caso, nella definizione della diagnosi e della prognosi, nello sviluppo del piano terapeutico per il trattamento e presa in carico successiva. Il servizio collabora con l'ASL e gli altri organi istituzionali preposti alla prevenzione primaria con programmi di formazione rivolti a tutte le figure professionali potenzialmente coinvolte nel riconoscimento, diagnosi e cura di un caso di maltrattamento: medici, pediatri di base, infermieri, puericultori, operatori di consultori e dei servizi materno-infantili, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali, educatori e insegnanti, per promuovere una maggiore attenzione sui temi della non-violenza.

Scopo del progetto è:

- ° far emergere i fenomeni di maltrattamento e abuso nei confronti dei minori che si presentano al PS o dal pediatra,
- ° approfondire le conoscenze sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo
- ° realizzare la mappatura delle risorse disponibili nel territorio in grado di dare risposte in termini di rilevamento, protezione, diagnosi, e cura.
- ° promuovere la ricerca clinica e scientifica nel campo delle metodologie d'intervento per la cura del maltrattamento all'infanzia.



Percorso diagnostico del sospetto bambino maltrattato presso il PS pediatrico

Il ruolo del Medico Legale in SVSeD e SBAM

Prof. Andrea Gentilomo

Professore Associato di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Medico Legale SVSeD e SBAM
Dipartimento di Morfologia Umana - Sezione di Medicina Legale
Università degli Studi di Milano

Il ruolo medico-legale in un servizio di assistenza alla vittima di violenza sessuale o domestica (includendo il child abuse) è certamente complesso e, sotto molti punti vista, radicalmente differente da quello tipico della specializzazione, nata essenzialmente in un ambito prettamente forense e volto alla soluzione di questioni giuridiche.

SVS-D nasce essenzialmente come centro dedicato all'assistenza sanitaria delle vittime e questo rimane il suo ruolo centrale. Evidentemente, queste situazioni implicano l'esistenza di profili giudiziari (in prima istanza penali, senza peraltro limitarsi a queste) che certamente costituiscono una parte rilevante del problema nel suo complesso e sono possibili fonti di interferenza con gli aspetti più strettamente sanitari. In linea generale, pertanto, si devono distinguere due profili di intervento, uno di carattere essenzialmente assistenziale in senso ampio, l'altro dominato dagli aspetti giuridici e giudiziari.

La coesistenza di questi porta alla necessità di trovare un'adeguata integrazione, questione ben presente nella letteratura dedicata. Basti pensare alla statuizione delle linee guida WHO (WHO. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva, 2003, pag. 9), secondo cui:

“When caring for victims of sexual violence, the overriding priority must always be the health and welfare of the patient. The provision of medico-legal services thus assumes secondary importance to that of general health care services (i.e. the treatment of injuries, assessment and management of pregnancy and sexually transmitted infections (STIs)). Performing a forensic examination without addressing the primary health care needs of patients is negligent”.

Questo documento, peraltro, indica come soluzione ottimale che il trattamento sanitario e l'inquadramento forense (vedi oltre) avvengano simultaneamente, possibilmente a cura del medesimo sanitario (o équipe). Un tema che è stato approfondito riguarda la relazione tra curante e investigatore, sottolineando la necessità di un atteggiamento imparziale e libero da condizionamenti da parte del sanitario (che può anche diventare un testimone), evitando atteggiamenti, più o meno consapevoli, di "aiuto" all'investigatore che, per parte sua, può mettere in atto pressioni per avere elementi utili ad una soluzione rapida del caso. In ogni caso, le personali convinzioni relative a abitudini sessuali o pregiudizi colpevolizzanti non devono influire sulla relazione e le valutazioni.

Sotto il profilo giudiziario, esiste una letteratura piuttosto articolata (peraltro provenienti da esperienze giudiziarie differenti) secondo cui l'intervento di un *rape center* costituisce un fattore correlato all'esito giudiziario, sia pure con differenze rispetto alla tipologia di evento e di età della vittima.

In altri termini, in linea generale, l'intervento a finalità medico-legali deve essere inserito armonicamente nell'assistenza sanitaria complessiva in una fase cui è estranea la componente valutativa propria dell'attività forense. Si tratta di acquisire in forma razionalmente pianificata una serie di elementi che sono potenzialmente utili alla soluzione di questioni giudiziarie che, nella fase dell'intervento, sono del tutto ipotetiche. Ciò implica la necessità di ricostruire un ruolo differente da quello classico, ma che è funzionale ad una risposta completa alle articolate esigenze della persona che si rivolge al centro.

Nel caso del bambino maltrattato l'intervento entra in una dimensione più strettamente diagnostica clinica, per l'apporto conoscitivo proprio della lesività rispetto alle modalità di produzione.

Gli strumenti legali a difesa delle vittime

Avv. Francesca Cucino

Avvocato dell'Associazione SVS DONNAIUTADONNA Onlus

VIOLENZA SESSUALE:

Art. 609 bis codice penale: “Chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

- 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
- 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Il bene giuridico tutelato dalla norma è oggi la libertà personale, e in specie la libertà di autodeterminazione sessuale (il reato è inserito nel titolo XII del codice penale, recante “Delitti contro la persona”), mentre nella normativa previgente il reato era posto tutela della moralità pubblica.

La violenza e la minaccia sono elementi costitutivi del reato.

Secondo la normativa oggi in vigore non vi è più distinzione tra atti di congiungimento carnale ed atti di libidine; infatti può definirsi atto sessuale: “qualsiasi atto che, risolvendosi in un contatto corporeo, ancorché fugace ed estemporaneo, tra soggetto attivo e soggetto passivo, o comunque, coinvolgendo la corporeità di quest’ultimo, sia finalizzato ed idoneo a porre in pericolo la libertà di autodeterminazione del soggetto passivo della sua sfera sessuale, non avendo rilievo determinante la finalità dell’agente e l’eventuale soddisfacimento del piacere sessuale (Cass. Pen. 15.06.2006, n. 33464).

Questo contatto corporeo corpori è sanzionato non solo se effettuato nelle zone genitali, ma anche nelle zone ritenute erogene secondo la scienza medica, psicologica

ed antropologica-sociologica (ad esempio il bacio sulle labbra, toccamenti delle cosce, l'accarezzamento delle spalle delle ascelle in prossimità del seno ecc.).

La giurisprudenza di legittimità ha sancito che, per quanto riguarda le zone oggetto di contatto, devono utilizzarsi parametri differenti, a seconda che questo contatto avvenga nei confronti di un minore o di un maggiorenne, dovendosi estendere l'illiceità del tocco nei confronti del minore anche a zone non erogene; purché, ovviamente, il contatto corporeo con il minore sia finalizzato a soddisfare l'impulso sessuale del reo (Cass. Pen. 26.10.2011 n. 45950 ha condannato per violenza sessuale l'imputato che, dopo aver toccato "soltanto" il ginocchio della vittima minore, aveva iniziato a praticare su di sé atti di autoerotismo).

Costituiscono atti sessuali anche quelle condotte perpetrate senza un vero e proprio costringimento fisico, ossia gli atti insidiosi e rapidi, riguardanti zone erogene su persona non consenziente, come palpamenti al seno, i tentativi di baci sulle labbra ecc..

Si considerano commessi con violenza anche gli atti sessuali compiuti sulla vittima che abbia subito tali atti per prostrazione, per incapacità a resistere, per shock emotivo ecc.

Questione del cosiddetto reato culturalmente motivato: non rileva, per l'esclusione del reato di violenza sessuale, che gli atti sessuali siano compiuti da un soggetto straniero, nel cui paese non è punito, per legge tradizione, il reato (si pensi, ad esempio, all'ipotesi di violenza sessuale commessa in Italia da un cittadino marocchino nei confronti della propria moglie). Nel diritto marocchino non è prevista come reato la violenza sessuale in tra coniugale.

E' di tutta evidenza che in casi simili il reato sussista secondo il nostro ordinamento, trattandosi di fatto commesso in Italia e dovendosi, quindi, applicare le norme del nostro ordinamento giuridico, nonché i principi ivi vigenti, di uguaglianza e di non scusabilità dell'ignoranza della legge penale (art. 5 c.p.).

Fuori dei casi di violenza e minaccia, il reato di violenza sessuale è commesso con abuso di autorità (senza distinzione tra autorità pubblica e privata; è sufficiente un rapporto di "subordinazione psicologica" tra agente e vittima e che il soggetto attivo abbia concretamente abusato di tale autorità al fine di ottenere l'assenso della vittima; tutore, insegnante), ovvero abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto.

Ipotesi di inferiorità fisica: sonno, paralisi ecc, mentre si ha l'inferiorità psichica in condizioni di minor resistenza della vittima a causa delle maggiori condizioni intellettive e spirituali dell'imputato (ad esempio: psicoterapeuta che durante una

seduta abusa della paziente, molto depressa e ansiosa, la quale subisce senza opporsi gli atti sessuali).Cosiddette droghe da stupro che annientano la capacità di resistenza della vittima: inferiorità psico-fisica.

MALTRATTAMENTI

Art. 572 c.p.: “Maltrattamenti contro familiari e conviventi. Chiunque, fuori dei casi indicati nell’articolo precedente” (art. 571 c.p. “Abuso dei mezzi di correzione”, n.d.r.), maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia o per l’esercizio di una professione o di un’arte, è punito con la reclusione da due a sei anni. La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona minore degli anni quattordici”.

Indeterminatezza della condotta; importanza dell’evoluzione dottrinale e giurisprudenziale per specificare tale condotta; condotta attiva: violenza fisica, psicologica, forme di intimidazioni, isolamento, svalorizzazione, segregazione, ricatti sui figli; la condotta attiva può trattarsi anche di atti che di per sé potrebbero non essere punibili (infedeltà, umiliazioni) oppure non procedibili (ingiuria, minaccia, non procedibili per scadenza dei termini per la querela); condotta omissiva: umiliazioni attraverso il continuo ignorare, anche di fronte agli altri; indifferenza verso un evidente stato di disagio; sottrazione di cure; sottrazione di affetto o altre privazioni.

Deve trattarsi di una pluralità di atti per il perfezionamento del delitto (il titolo del reato è al plurale).

Difficoltà probatorie del maltrattamento nel processo: spesso c’è solo la testimonianza della persona offesa a provare il maltrattamento; la subordinazione fisica ma anche psicologica della persona offesa impedisce a quest’ultima di cercare assistenza, di confidare a parenti e amici i maltrattamenti, di recarsi in ospedale per farsi refertare. Molto spesso la prova del reato di maltrattamenti è il referto relativo all’ultima lesione/percossa subita dalla vittima, evento a seguito del quale la vittima ha finalmente deciso di denunciare il partner/compagno/marito.

Il Tribunale dovrà effettuare un rigorosissimo vaglio della attendibilità e della credibilità della vittima per la condanna del maltrattate, proprio in ragione della frequente assenza di riscontri esterni.

Reato procedibile d’ufficio.

Reato collocato nell'ambito di delitti contro la famiglia, secondo l'impostazione del 1930; oggi dottrina e giurisprudenza dominanti ritengono che sia l'integrità psicofisica del soggetto passivo ad essere tutelata da questo reato.

Soggetto attivo del reato: familiare, convivente, autorità, vigilanza, cura.

I maltrattamenti si possono verificare nell'ambito della famiglia legittima, della famiglia di fatto, tra coniugi anche separati, oppure tra conviventi (così come disposto dalla legge 1 ottobre 2012, che ha ratificato la convenzione di Lanzarote, secondo cui per convivenza non deve necessariamente trattarsi di persone legate sentimentalmente, ma anche, ad esempio di cugini, fratelli, nonno, nipote ecc.).

Il reato sussiste anche quando si verifichi in ambienti culturali differenti, nei quali vi siano particolari potestà in ordine al nucleo familiare.

Il reato è definito abituale, occorrono cioè la ripetitività e la continuità delle condotte, anche se interrotte da brevi intervalli (spesso ci sono momenti di tranquillità alternati a momenti di tensione). Non è un reato permanente, ovvero un reato nel quale lo stato di antigiuridicità deve protrarsi senza soluzione di continuità.

ATTI PERSECUTORI

Art. 612 bis c.p., introdotto nella legislazione italiana con il decreto-legge n. 11 del 23 febbraio 2009, convertito con legge n. 38 del 23 aprile 2009.

“Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita.

La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge legalmente separato o divorziato o da persona che sia stata legata da relazione affettiva alla persona offesa.

La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso a danno di un minore, di una donna in stato di gravidanza o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero con armi o da persona travisata.

Il delitto è punito a querela della persona offesa. Il termine per la proposizione della querela è di sei mesi.

Si procede tuttavia d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità di cui all'articolo tre della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché quando il fatto è connesso ad altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio.”.

Bene giuridico protetto dalla norma è la libertà morale, come facoltà del soggetto di autodeterminarsi.

È un reato di danno, dal momento che richiede la lesione effettiva del bene giuridico protetto. Si considerano sufficienti ad integrare reato anche soltanto due condotte (Cassazione Penale 21 gennaio 2010).

Si tratta di un reato cosiddetto abituale e di evento a forma libera, dal momento che le condotte di minaccia e di molestia possono concretizzarsi in una molteplicità di forme non aprioristicamente individuabili. A titolo di esempio si considerano condotte idonee: inviare un numero cospicuo di SMS o e-mail o lettere, fare telefonate assillanti, anche mute, inviare doni non desiderati, non richiesti e continuati, effettuare apprezzamenti fisici, invio di baci, di sguardi insistenti e minacciosi, attendere qualcuno davanti a casa, davanti al posto di lavoro, o seguirlo nei suoi spostamenti quotidiani, realizzare atti vandalici di qualunque genere, anche nei confronti di animali da compagnia.

Le condotte devono essere tali da, in via alternativa: cagionare alla vittima un perdurante grave stato di ansia di paura; ovvero ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona legata ad essa da relazione affettiva; ovvero costringere ad alterare le proprie abitudini di vita (esempi classici: cambio del numero di cellulare, trasloco).

La Cassazione Penale ha sancito che il reato sussista anche nell'ipotesi di comportamenti reciprocamente molesti e minacciosi, purché vi sia una posizione di ingiustificata predominanza di uno dei due contendenti (Cass. Pen. 5 febbraio 2010, n.17698).

RIMEDI GIURIDICI:

- QUERELA:

Art. 120 c.p.: prevede il diritto di querela per ogni persona offesa da un reato per cui non debba procedersi d'ufficio o dietro richiesta o istanza.

Per i minori di anni 14 e per gli interdetti a cagione di infermità di mente, il diritto di querela esercitato dal genitore o dal tutore.

I minori che hanno compiuto gli anni 14 e gli inabilitati possono esercitare il diritto di querela, e possono, altresì, in loro vece, esercitarlo il genitore ovvero il tutore o il

curatore, nonostante ogni contraria dichiarazione di volontà, espressa o tacita del minore o dell'inabilitato.

Il diritto di querela spetta alla persona offesa dal reato, non sempre la persona offesa coincide con la persona danneggiata dal reato.

Al danneggiato dal reato è riservata la legittimazione ad esercitare l'azione civile nel processo penale, mediante la costituzione di parte civile.

Se tra i due genitori vi è contrasto nella volontà di presentare querela, prevale la volontà di colui che vuole presentarla.

Art. 121 c.p.: diritto di querela esercitato da un curatore speciale: "se la persona offesa è minore degli anni 14 o inferma di mente, e non c'è chi ne abbia la rappresentanza ovvero chi l'esercita si trovi con la persona medesima in conflitto di interessi, il diritto di querela è esercitato da un curatore speciale.

Art. 124 c.p.: termine per proporre la querela. Il termine è di tre mesi dal giorno della notizia del fatto che costituisce reato (e non di 90 giorni).

Art. 338 c.p.p.: curatore speciale per la querela. Il termine per la presentazione della querela decorre dal giorno in cui è notificato al curatore speciale il provvedimento di nomina. Alla nomina provvede, con decreto motivato, il giudice per le indagini preliminari del luogo in cui si trova la persona offesa, su richiesta del pubblico ministero. Il curatore speciale può costituirsi parte civile nell'interesse della persona offesa. La nomina può essere promossa anche dagli enti che hanno per scopo la cura, l'educazione, custodia o l'assistenza dei minorenni.

- MISURE CAUTELARI NEL PROCEDIMENTO PENALE:

Art. 282 bis c.p.p.: Allontanamento dalla casa familiare. Si tratta di una misura cautelare introdotta dalla legge 4 aprile 2001, n. 154, recante il titolo: "Misure per reprimere la violenza nelle relazioni familiari".

Con tale misura il giudice prescrive all'imputato di lasciare immediatamente la casa familiare, ovvero di non farvi rientro, e di non accedervi senza l'autorizzazione del giudice che procede. L'eventuale autorizzazione può prescrivere determinate modalità di visita.

Il giudice, qualora sussistano esigenze di tutela dell'incolumità della persona offesa o dei suoi prossimi congiunti, può inoltre prescrivere all'imputato di non avvicinarsi a luoghi determinati abitualmente frequentati dalla persona offesa, in particolare il luogo

di lavoro, il domicilio della famiglia di origine o dei prossimi congiunti, salvo che la frequentazione sia necessaria per motivi di lavoro.

Il giudice, su richiesta del pubblico ministero può altresì ingiungere il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto della misura cautelare disposta, rimangono prive di mezzi adeguati. Il giudice determina la misura dell'assegno.

Art. 282 ter c.p.p.: Divieto di avvicinamento a luoghi frequentati dalla persona offesa: il giudice può prescrivere all'imputato di non avvicinarsi a luoghi determinati abitualmente frequentati dalla persona offesa ovvero di mantenere una determinata distanza da tali luoghi o dalla persona offesa.

Analogo divieto può essere esteso a luoghi determinati abitualmente frequentati da prossimi congiunti della persona offesa. Nell'ordinanza ai sensi dell'art. 282 ter c.p.p. di divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla p.o. e/o obbligo di mantenere una certa distanza da tali luoghi o dalla persona offesa devono essere indicati, in maniera specifica e dettagliata i luoghi determinati rispetto ai quali all'indagato è fatto divieto di avvicinamento, così come sancito espressamente da una sentenza della Cassazione Penale, Sez. VI, 07.04.-08.07.2011 n. 26819, che ha annullato senza rinvio il provvedimento cautelare del G.I.P. presso il Tribunale di Roma, confermato in via successiva dal Tribunale del Riesame di Roma, poiché nell'ordinanza de qua era genericamente indicato il divieto di avvicinamento "a tutti luoghi frequentati dalla persona offesa, non indicati in maniera specifica".

Nell'ordinanza annullata dalla Cassazione vi era anche la prescrizione all'indagato di mantenere una distanza non inferiore a 100 metri in caso di "incontro occasionale" con la persona offesa.

La Suprema Corte, nella pronuncia sopra citata, ha rilevato che l'obbligo di mantenere una certa distanza non possa essere riferito agli incontri occasionali, nei quali l'intimato non cerchi volontariamente il contatto con la vittima.

- AMMONIMENTO FUORI DEI CASI DI PROCEDIMENTO PENALE IN IPOTESI DI ATTI PERSECUTORI:

Art. 8 D.L. 11/2009, convertito con modificazioni nella legge 23 aprile 2009, n. 38: Ammonimento. Fino a quando non è proposta querela per il reato di cui all'articolo 612 bis del codice penale la persona offesa può esporre i fatti all'autorità di pubblica

sicurezza avanzando richiesta al questore di ammonimento nei confronti dell'autore della condotta. La richiesta è trasmessa senza ritardo al questore.

Il questore, assunte se necessarie informazioni dagli organi investigativi e sentite le persone informate dei fatti, ove ritenga fondata l'istanza, ammonisce oralmente il soggetto nei cui confronti è stato richiesto provvedimento, invitandolo a tenere una condotta conforme alla legge e redigendo processo verbale. Copia del processo verbale è rilasciata al richiedente l'ammonimento e al soggetto ammonito. Il Questore valuta l'eventuale adozione di provvedimenti in materia di armi e munizioni.

La pena per il delitto di cui all'articolo 612 bis codice penale è aumentata se il fatto è commesso da soggetto già ammonito.

Si procede d'ufficio per il delitto previsto dall'articolo 612 bis codice penale quando il fatto è commesso da soggetto ammonito.

STRUMENTI CIVILISTICI

Artt. 342 bis e ter c.c.: ordini di protezione contro gli abusi familiari, introdotti sempre con legge n. 154 del 4 aprile 2001. Il giudice civile, in ipotesi di condotta di abuso familiare, ordina con decreto al coniuge o convivente, che ha tenuto la condotta pregiudizievole, la cessazione della stessa condotta e dispone l'allontanamento dalla casa familiare del coniuge o del convivente, prescrivendogli, altresì, ove occorra, di non avvicinarsi ai luoghi abitualmente frequentati dall'istante e in particolare al luogo di lavoro, il domicilio della famiglia d'origine, ovvero al domicilio di altri prossimi congiunti o di altre persone ed in prossimità dei luoghi d'istruzione dei figli della coppia, salvo che questi non debba frequentare i medesimi luoghi per esigenze di lavoro.

Il giudice può disporre, altresì, ove occorra, anche l'intervento dei servizi sociali del territorio o di un centro di mediazione familiare, nonché delle associazioni che abbiano come fine statutario il sostegno all'accoglienza di donne, minori o di altri soggetti vittime di abusi e maltrattati; il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto dei provvedimenti di cui sopra rimangono prive di mezzi adeguati; il giudice stabilisce la durata dell'ordine di protezione. La durata non può essere superiore ad un anno e può essere prorogata su istanza di parte per gravi motivi.

Il decreto di cui all'articolo 342 bis e ter c.c. e l'ordinanza emessa nell'ambito del procedimento penale, di cui all'art. 282 bis c.p.p. e 282 ter c.p.p. sono alternative.

Il giudice civile può avere una cognizione più ampia di quella del giudice penale, potendo concedere ordini di protezione anche nei casi in cui non vi siano fatti penalmente rilevanti, o vi siano fatti penalmente rilevanti per i quali non siano previste misure cautelari in ambito penale oppure che non rientrino nell'elenco tassativo previsto dall'art 282 c.p.p.. Oppure il giudice civile può emettere gli ordini di protezione laddove nel parallelo procedimento penale non vi siano, ancora, i presupposti per l'emissione delle misure cautelari, quali l'allontanamento dalla casa familiare, poiché il pubblico ministero deve effettuare le indagini necessarie per valutare la credibilità della persona offesa, i riscontri della condotta maltrattate/abusante, approfondimento investigativo delle dichiarazioni della vittima, ossia sentire a s.i.t. le persone informate sui fatti oggetto di querela della vittima, acquisire eventuali querele precedentemente sporte dalla vittima, acquisire documentazione sanitaria relativa ad eventuali pregresse lesioni o percosse e a disturbi post traumatici da stress per gli abusi/maltrattamenti.

Per l'emissione degli ordini di protezione in ambito civilistico occorre comunque, una situazione di abuso familiare. Non è sufficiente che vi sia la violazione di un dovere coniugale genitoriale perché si possa configurare un'ipotesi di abuso familiare, ma è necessario che ci sia un grave pregiudizio ai beni che il legislatore si propone di tutelare (integrità fisica o morale e libertà).

Il giudice normalmente rigetta la richiesta di ordine di protezione in caso di conflittualità reciproca tra coniugi o famigliari conviventi

Tra le condotte di abuso familiare rientrano sicuramente la violenza fisica, morale, psicologica, sessuale, il cosiddetto maltrattamento economico (non vi rientra l'omesso versamento dell'obbligo contributivo per quanto sia fonte di disagio anche grave per il familiare che non sia economicamente indipendente).

Competenza del Tribunale Ordinario ad emettere i provvedimenti di cui agli artt. 342 bis e ter c.c.

Artt. 330 e 333 c.c.: ordini di allontanamento. La legge n. 149/2001 ha modificato gli articoli 300 e 333 c.c., introducendo la competenza del Tribunale per i Minorenni ad emettere, a tutela dei minori, ordini di allontanamento dalla casa familiare del genitore del convivente che maltratta o abusa del minore, in via alternativa rispetto al già previsto allontanamento del minore.

In tal modo si evita al minore, già vittima di condotte pregiudizievoli, di dover subire anche l'ulteriore pregiudizio dell'allontanamento dalla propria casa.

Strumento giuridico poco utilizzato (riguarda soprattutto coppie straniere o miste).

Nella stragrande maggioranza dei casi il Tribunale allontana la donna con i figli collocandola in struttura comunitaria protetta.

Molto spesso i procedimenti ex artt. 330 e 333 c.c. si instaurano dopo una segnalazione da parte di medici, psicologi, servizi sociali, scuole alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni ovvero, a seguito della segnalazione della Procura della Repubblica del Tribunale Ordinario parte in caso di violenza sessuale nei confronti di minori.

In ipotesi di giudizio di separazione e divorzio i provvedimenti ex artt. 330 e 333 c.c. sono emessi dal Tribunale Ordinario, nelle altre ipotesi dal Tribunale per i Minorenni.

Il ruolo dei Medici di famiglia e dei Pediatri di libera scelta nell'invio a servizi specializzati

Dott.ssa Maria Teresa Zecchi

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

La Società Europea di Medicina Generale/Medicina di Famiglia (WONCA EUROPE) nel 2002 ha così definito la Medicina di famiglia e i suoi compiti "... una disciplina accademica e scientifica, con suoi propri contenuti educativi, con una sua propria ricerca, una sua propria base di evidenze e di attività clinica, ed è una specializzazione clinica orientata alle cure primarie". I compiti, le caratteristiche e le responsabilità così definiti sono: la medicina di iniziativa, la medicina di opportunità, la medicina anticipatoria ma soprattutto la strategia di massa nella popolazione e la strategia individuale di rischio.

Tali caratteristiche sono proprie anche della Pediatria di Libera Scelta e, poiché qualunque provvedimento di ordine sanitario privilegia il momento preventivo, i Medici di Assistenza Primaria rappresentano educatori impegnati in attività finalizzate al benessere dei propri assistiti e alla prevenzione degli eventi patologici.

E questo deve avvenire considerandone tutti gli aspetti:

- mediante la presentazione di programmi educativi a tutta la popolazione prima che la violenza compaia : stili di vita, supporto a condizioni di stress psicologico, rischi dell'alcool, attenzione alle condizioni di violenza in ambiente familiare o lavorativo ...

(prevenzione primaria)

- fornendo risposte immediate agli atti violenti : invio ai servizi di emergenza, gestione di malattie sessualmente trasmesse correlate allo stupro, identificazione della depressione associata, programmi per bambini testimoni, counselling di coppia, supporto ai genitori ...**(prevenzione secondaria)**

- attuando misure volte a ridurre le complicazioni della violenza, le possibili ricadute anche a distanza e le eventuali disabilità da essa derivanti: programmi di difesa e piani di sicurezza, approccio alla vittima, programmi di intervento sugli aggressori, provvedimenti urgenti amministrativi e disciplinari, riabilitazione di quadri psicotici ...
(prevenzione terziaria)

L'approccio al paziente da parte del Medico di Medicina Generale/PLS è olistico e personalizzato: questo comporta il fatto di non poter trascurare gli aspetti del vissuto del paziente e della realtà in cui vive: il medico si muove quindi in contemporanea su diversi piani e in una prospettiva temporale non limitata.

Nella prevenzione e identificazione precoce del danno da violenza contro le donne e i minori, particolare attenzione viene prestata al ruolo chiave delle "helping profession" (cui MMG e PLS appartengono) in cui il tempestivo riconoscimento del problema e il conseguente adeguato intervento appaiono decisivi, sia a favore della vittima, sia nei riguardi del molestatore.

Il MMG/PLS, date le caratteristiche specifiche della sua professione, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di incontri ripetuti con il paziente e i suoi familiari, delle attitudini alla relazione e della sensibilità al "contesto", che si manifesta nella capacità di utilizzare il quadro di vita della persona (storia personale e medica, famiglia, relazioni) può essere, se opportunamente formato, un professionista privilegiato d'incontro e di prevenzione del fenomeno della violenza.

La violenza c'è e occorre vederla: la frequenza degli episodi di violenza è tale per cui un MMG debba incontrare nel corso della sua vita lavorativa una o più donne vittime di violenza. Molti sono però i Medici di Famiglia che affermano di non avere mai avuto contatti con il problema. E forse l'osservazione è ancora più sconcertante nei confronti del maltrattamento sui minori.

Nonostante tutto il lavoro sin qui svolto, il triste fenomeno della violenza rappresenta ancora un problema sottovalutato o decisamente negato, purtroppo anche in ambito sanitario. E ugualmente sottovalutate sono le conseguenze della violenza sulla salute delle donne e dei minori.

Eppure, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1997) la violenza rappresenta per le donne in età riproduttiva una causa di morte o di invalidità altrettanto grave del cancro, e già nel 1996 la prevenzione della violenza era stata definita una priorità della sanità pubblica e un'emergenza sanitaria.

Indispensabile è continuare a lavorare nell'ambito della formazione dei MMG/PLS, inserendo la violenza di genere nei programmi di studio, nei libri di testo, nella educazione obbligatoria, affinché tutti i medici possano imparare a riconoscere il problema come sanitario, quindi di loro competenza: troppo spesso invece viene considerato un problema culturale, di ordine pubblico o di interesse sociale.

Solo così verrà sfatato il pregiudizio secondo il quale i maltrattanti siano solo persone di basso livello socio-culturale, disoccupati, "disperati", dediti all'alcool o alle droghe o affetti da disturbi psicologici, oppure che le vittime siano a loro volta affette da problemi o, peggio ancora, che la violenza domestica sia un "fatto privato".

Solo quando sarà chiaro a tutti noi operatori che la famiglia in cui si consuma violenza è spesso una famiglia "normale", insospettabile e avremo coscienza che occuparci di violenza di genere nella nostra professione sarà "normale", allora sarà sicuramente più facile aiutare l'emersione del fenomeno e l'invio ai servizi specializzati.

APPUNTI

APPUNTI