

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

Facoltà di medicina e Chirurgia

Corso di laurea in Ostetricia

Tesi di laurea

VIOLENZA E GRAVIDANZA

UN "TABOO" SUPERATO

Relatore

prof. Marina Bacciconi

Laureanda

Ferrari Gaia

INDICE

Note Introduttive

Metodologia

Definizioni

PRIMA PARTE

Legislazione Internazionale ed Europea

Legislazione Italiana

Dati statistici internazionali

Dati statistici italiani

La violenza durante la gravidanza

SECONDA PARTE

Alcuni casi clinici

Note Conclusive

Riferimenti bibliografici

Note introduttive

"La violenza contro le donne è forse la violazione dei diritti umani più vergognosa. Essa non conosce confini né geografia, cultura o ricchezza. Fin tanto che continuerà, non potremo pretendere di aver compiuto dei reali progressi verso l'uguaglianza, lo sviluppo e la pace."

Kofi Annan, Segretario Generale delle Nazioni Unite, Congresso dell'ONU nel 1998.

Il problema della violenza sulle donne negli ultimi 10 anni è stato riconosciuto universalmente come un problema di salute pubblica ed ha ricevuto una sempre maggiore attenzione da parte delle più autorevoli Organizzazioni Internazionali.

Nell'immaginario collettivo l'atto violento –verso una donna, verso un oggetto debole, sia esso uomo, anziano o bambino- ben poco ha a che fare con la quotidianità della vita.

Più che percepirlo come fatto si scarso rilievo esso è esorcizzato anche nel nostro Paese quale espressione in qualche misura eccezionale, legato a condizioni di marginalità culturale e/o sociale o connesso a situazioni patologiche definibili -e perciò riconoscibili- anche se eclatanti nel momento dell'espressione violenta e quindi degne della massima, seppur fugace, attenzione dei mass media.

In altri termini, una società che si ritiene evoluta e saldamente ancorata su basi democratiche, ma nella realtà ancora piena di elementi ideologici e saturata di ipocrisie e paure che trova la propria identità nella paura dell' "altro", non sa -oggi- concepire la quotidianità della violenza come proprio elemento consustanziale.

Ne ammette la presenza accettandole solo quando il fenomeno è confinabile all'interno di contesti particolari ed eccezionali o di definite categorie culturali o economiche o di marginalità etniche.

E ancor più qualora l'atto violento veda nella vittima il sommarsi di due fattori: essere soggetto "debole" per tradizione da proteggere e tutelare ed essere, in quel momento, soggetto espressione di perpetuazione della specie.

Abbiamo usato questo termine, poiché non appare questa la sede propria per riferirsi a contenuti e aspetti di "sacralità".

Essere insomma donna e essere una donna gravida, pur nel mero gioco delle "regole di natura", ha sempre ispirato attenzione, protezione e -per lo più- rispetto.

Violenza e gravidanza sono, per tali ragioni, termini vissuti come antitetici nella vita quotidiana e il moto di repulsione che può suscitare un atto violento su una donna si amplifica, senza poter trovare palese e accettabile attenuante alcuna, quando sia compiuto su di una gravida, assumendo accanto alla valenza di inaccettabile intrusione quella di atto "contro natura".

Metodologia

La “violenza in gravidanza” è capitolo particolare di un fenomeno complesso e di difficile analisi e lettura, per il quale l’elemento da tutti concordemente sottolineato è la vastità del “numero oscuro” che si colloca e si percepisce dietro i casi “emersi” alla conoscenza e valutazione.

All’origine della modestia -se non dell’assenza- di dati complessivi e coerenti in tema sta’ anche l’intrico di motivazioni che spesso inducono le stesse vittime a nascondere o velare sotto altra genesi la violenza subita.

Per di più, non vi è un comune e consolidato modo di definire e intendere quella violenza che avviene all’interno della “famiglia” entro confini condivisi e perciò anche i pochi rilievi noti in bibliografia necessitano innanzitutto della comprensione di quale sia nello specifico ambito indagato, come sia stato definito e scelto, su quali basi si fondi.

Per tali ragioni abbiamo scelto di svolgere queste brevi considerazioni partendo “ab initio”, per passi successivi prima di collocare nel fenomeno lo specifico tema della “violenza in gravidanza”.

L’itinerario percorso è di seguito riassunto

- ➔ **definizione** di “*violenza*”
- ➔ **definizione** di “*violenza domestica*”.

Stabilito l’ambito di riferimento dello studio, nella **prima parte** esporremo

- ➔ la legislazione in materia, con particolare riferimento

- alle Deliberazioni assunte in sede internazionale dalle Nazioni Unite
 - alle Raccomandazioni adottate e inviti proposti in diverso modo e con differente valore impositivo dall'Unione Europea
 - alle norme presenti nella legislazione italiana
- ➔ i dati statistici internazionali e nazionali attinenti la violenza in ambito familiare tanto che si riferiscano al fenomeno nel suo complesso, quanto che riguardino indagini esclusivamente di genere
- ➔ la bibliografia specifica sul segmento riguardante “violenza e gravidanza”, con particolare riferimento a
- metodi di analisi adottati
 - valutazione del fenomeno conseguente
 - fattori di rischio individuati
 - conseguenze sulla salute
 - ruolo degli operatori sanitari e delle Istituzioni

La **seconda parte** avrà come oggetto una indagine diretta, effettuata in sede territoriale (Policlinico “G.B. Rossi” di Verona) con analisi dei casi clinici rilevati.

Definizioni

Nel 1996 la World Health Organization (WHO) ha definito la **violenza** come:

“L'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione.”

Alcune considerazioni vanno poste qualora dalla definizione generica di “violenza” si voglia far riferimento a un atto violento compiuto in ambito familiare, ripercorrendo la strada e la storia che ha condotto alla definizione oggi formulata dalla medesima Organizzazione internazionale.

Infatti, *“quello di ‘violenza domestica’ è un concetto di tipo nettamente evolutivo, tanto per quanto riguarda i contenuti della categoria che per l'individuazione dei soggetti coinvolti nel fenomeno.*

Il mutamento degli orientamenti socioculturali, giuridici e scientifici ha direttamente influenzato la definizione di questi parametri ad iniziare il riconoscimento stesso della realtà e della importanza sociale della questione, come pure in relazione al progredire dello status e dei diritti attribuiti ai minori da parte della società adulta.

Così, dall'attenzione pressoché esclusiva alle lesioni fisiche tipica della Battered Child Sindrome di Henry Kempe (Kempe e coll, 1962) si è pervenuti al concetto allargato di abuso infantile (child abuse and

neglect), dall'iniziale concettualizzazione dei maltrattamenti intrafamiliari ai minori si è passati agli abusi alle donne; poi a quelli agli anziani per approdare quindi ad una visione globale della violenza domestica, collocata in un contesto situazionale più ampio di quello della famiglia "legittima".

Tale visione estesa può essere ricondotta -secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità- ad "ogni forma di violenza fisica, psicologica o sessuale e riguarda tanto soggetti che hanno, hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo" (Bacciconi, Martucci et al., 2007).

Le definizioni dell'OMS, ora ricordate, associano palesemente l'intenzionalità con l'atto stesso, senza relazione alcuna con il risultato nel concreto determinatosi.

Su tali basi è possibile riassumere ed esemplificare i comportamenti violenti all'interno della coppia in

- atti di aggressione fisica (schiaffi, pugni, calci e percosse)
- abuso psicologico (intimidazione, svalutazione e umiliazione costanti)
- rapporti sessuali forzati e altre forme di coercizione sessuale
- atteggiamenti di controllo (isolamento della persona dalla famiglia d'origine e dagli amici, controllo dei movimenti, limitazione delle

possibilità di accesso a informazioni o assistenza etc.) (World Health Organization, 2002).

PARTE PRIMA

Legislazione Internazionale ed Europea

In ambito *internazionale* va menzionato innanzitutto lo Statuto delle Nazioni Unite che fonda le proprie basi sui Diritti Fondamentali dell'Uomo, maschio o femmina che sia.

La “violenza” è oggetto di norme e sanzioni in ogni Paese, mentre sporadici sono specifici interventi e riferimenti alla “violenza domestica” per lo più inseriti all’interno dell’omnicomprensivo capitolo della “violenza di genere”.

In particolare negli ultimi decenni, norme talora innovative sono state approvate con riferimento alla “violenza su donne” con attenzione anche a quella posta in essere in ambito “familiare”.

Anche L’ONU in un suo recente rapporto violenza non “entra nel dettaglio” e fa riferimento alla “violenza sulle donne” -definendola “*una ferita planetaria*”- e indica che solo 89 Paesi hanno adottato norme di legge volte specificatamente a punire le violenze sulle donne e denuncia la completa assenza di leggi punitive per violenti e stupratori in 192 Stati .

Inoltre, segnala che in alcuni paesi -a “basso sviluppo”- gli abusi sulle donne facciano parte di frequente degli “usi e costumi”, insomma della tradizione di quel popolo, così da non essere a volte neppure percepiti come tali dalle stesse vittime.

Per parte nostra (e ci si permetta l'inciso), sembra doversi suggerire -anche sulla base di alcuni dati rilevati e disponibili- come tale modo di intendere e di reagire non sia peraltro esclusivo appannaggio del “minor sviluppo” o del “sottosviluppo”, ma sia presente -e di certo non eccezionale- anche in Paesi “sviluppati e ricchi” (come il nostro), sottolineando la profondità delle radici che sottendono e alimentano tale concezione della “violenza di genere”.

A tale proposito, tre le normative di riferimento

- *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1979, entrata in vigore il 3 settembre 1981 e ratificata dall'Italia nel 1985.
- *Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne*, adottata nel 1993, nella quale per la prima volta è presente una definizione ampia della violenza contro le donne.
- *Protocollo opzionale alla Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne*, adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 6 ottobre 1999, aperto alla firma il 10 dicembre 1999, infine entrato in vigore e ratificato dall'Italia il 22 dicembre 2000.

Anche l'**Unione europea** ha iniziato a riflettere sul fenomeno della violenza partendo dal segmento della violenza contro le donne (anche, ma non specificatamente avvenuta in ambito familiare), posto per la prima

volta nella Comunicazione del 1996 sul Traffico di donne, seguita dall'iniziativa denominata Daphne nel 1997.

Nello stesso anno il Parlamento europeo ha invitato la Commissione ad avviare una campagna per promuovere la “tolleranza zero” della violenza contro le donne.

Le Conferenze internazionali di esperti svoltesi a Vienna e a Colonia nel dicembre del 1998 e nel marzo del 1999 hanno elaborato 62 norme e raccomandazioni sul modo di combattere la violenza maschile contro le donne, influenzando così la politica UE su questo tema.

Tutte queste iniziative in alcuni Stati membri hanno dato origine a proposte legislative e iniziative a livello nazionale, quale l'adozione dei Piani nazionali di Azione e la promozione dei Centri di tutela delle condizioni delle donne.

Nel 2002, con la Raccomandazione -Rec 5- del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sulla protezione delle donne dalla violenza, è stato indicato uno strumento internazionale per proporre una strategia globale al fine di prevenire la violenza e proteggere le vittime.

L'importanza della lotta alla violenza contro le donne è stata formalmente riconosciuta nel 2005, in occasione del Terzo Summit dei Capi di Stato e di Governo membri del Consiglio d'Europa.

I Capi di Stato e di Governo degli Stati hanno deciso di adottare una serie di iniziative per combattere la violenza contro le donne -inclusa la “violenza domestica”- attraverso una “Campagna”, il cui progetto tecnico è

stato approvato dal Comitato dei Ministri il 21 giugno 2006 e la Conferenza di avvio che ha avuto luogo il 27 novembre 2006 a Madrid.

Sempre nel 2006 è stata istituita la Task Force del Consiglio d'Europa per combattere la violenza contro le donne (sempre comprendendo anche la violenza domestica) con il compito di valutare i progressi conseguiti a livello nazionale durante l'implementazione della così detta Campagna.

Appare evidente da quanto sino ad ora esposto, come gli atti violenti perpetrati all'interno della "famiglia" non trovino che di rado collocazione propria, dedicata e distinta nelle normative, ma possano tutt'al più costituire uno dei capitoli in tema di violenza e in particolare delle norme riguardanti la violenza "di genere".

Solo in tempi recenti -pur con l'antica consuetudine a riferirsi ad una componente della coppia o della famiglia (quella femminile), in parte non ingiustificata- vi è stato comunque il tentativo di riflettere, puntualizzare e perciò "definire" i confini della "violenza domestica", orientando e sollecitando in tal modo studi che indagassero sotto questo aspetto la "famiglia".

E al tal proposito ricordiamo ancora una volta la definizione data dall'OMS "ogni forma di violenza fisica, psicologica o sessuale e riguarda tanto soggetti che hanno, hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, quanto soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo".

Legislazione Italiana

L'Italia ha nella sostanza introdotto alcuni emendamenti al Codice penale per contrastare la violenza di genere e la violenza contro i minori, senza peraltro predisporre un Piano d'Azione Nazionale (come indicato dal Consiglio d'Europa ai Paesi Membri) per combattere la violenza contro le donne.

Tra essi ricordiamo

- legge 15 Febbraio 1997 n° 66 recante "Norme contro la violenza sessuale"
- legge 5 Aprile 2001 n° 154 circa le "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari"
- alcune modifiche al Codice penale

art. 609

↘ art. 609-bis (Violenza sessuale)

art. 609-ter (Circostanze aggravanti)

art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne)

art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne)

art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa)

art. 609-septies (Querela di parte)

art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo)

art. 609-nonies (Pene accessorie ed altri effetti penali)

art. 609-decies (Comunicazione al tribunale per i minorenni)

Alcune leggi e decreti regionali prevedono in varia forma aiuto alle donne vittime di violenza.

Infine, un disegno di legge recante “Misure di sensibilizzazione e prevenzione, nonché, per l’orientamento sessuale, l’identità di genere ed ogni altra causa di discriminazione” è stato di recente proposto e presentato al Parlamento, ove tuttora è in attesa di calendarizzazione e, poi, di discussione e di approvazione invariata nei due rami parlamentari.

Ma anche in questo caso, si parla di “repressione dei delitti contro la persona e nell’ambito della famiglia” in una unica soluzione.

Dati internazionali

I dati statistici internazionali -di seguito riportati- provengono da fonti formali dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (UNFPA,2000 & WHO, 2002) e hanno per oggetto quasi esclusivamente la violenza di genere.

Va però a nostro avviso premesso come la possibilità di stimare l’incidenza delle varie forme di abuso sia di estrema difficoltà, poiché gli studi sul fenomeno sono per lo più non confrontabili tra loro per l’applicazione di criteri di analisi e metodologie diverse.

Numerosi fattori condizionano la qualità e la comparabilità dei dati sulla violenza, tra cui:

- la definizione di violenza e abuso assunta;
- le fonti dei dati prescelte;

- la metodologia di analisi del fenomeno (esaustiva o “a campione”) adottata;
- i criteri di selezione individuati per la scelta della popolazione in esame (anche in relazione alla presenza di fattori di rischio propri di un determinato campione o etnia o contesto socio-culturale);
- lo strumento di contatto del campione scelto (cartaceo, telefonico, etc);
- i criteri di valutazione della disponibilità e dei fattori soggettivi insiti nel campione prescelto.

Pur tenuti presenti tutti questi limiti, i dati forniti dall'OMS *stimano* che nel mondo almeno una donna su tre sia stata picchiata o sottoposta ad abuso sessuale nel corso della propria vita e che una su quattro sia stata vittima di una di qualche forma di violenza in gravidanza.

Con espressione “cronologica”, sembra potersi desumere che nel mondo, ogni ora, una donna gravida subisca un abuso sessuale.

Inoltre la violenza interpersonale risulterebbe essere la 10° causa di morte per le donne comprese tra 15 e 44 anni e la seconda causa di morte materna (S. Martin et al., 2007).

Infine, dopo gli incidenti stradali, la violenza fisica rappresenterebbe la seconda causa di traumi durante la gestazione.

Va però sottolineato come questi dati siano per lo più riconducibili a studi svolti negli USA, ove già esiste da tempo un sistema di sorveglianza.

Perciò la stima che il 20% di tutte le morti materne sia conseguenza di episodi violenti e che nei soggetti in giovane età il rischio di morte in gravidanza si presenti addirittura raddoppiato è da assumere, appunto,

quale estrapolazione e deduzione a partire da dati forniti in larga misura da un singolo Paese e alla sola sua realtà completamente riferibili (Campbell et al., 2004).

Tant'è vero che un recente studio di confronto tra diverse realtà -per quanto possibile confrontarle- individua un range di prevalenza molto elevato, tra l' 1% e il 20%.

Dati statistici italiani

In Italia esistono pochi dati sulla violenza, pochi sulla violenza in “ambito familiare” e ancor meno in tema di “violenza e gravidanza”.

La fonte ufficiale di informazioni è l'ISTAT, che ha pubblicato gli ultimi dati nel Febbraio 2007.

Tali dati si riferiscono ad atti violenti perpetrati esclusivamente “*su donne*”, posti in essere da un soggetto con il quale la vittima *può avere o meno* rapporto familiare, parentale o affettivo (secondo la definizione OMS, sopra citata).

L'indagine è stata svolta su un campione di 25.000 donne tra 16 e 70 anni nel periodo gennaio - ottobre 2006 intervistate con tecnica telefonica.

Sembra potersi ragionevolmente desumere che il campione sia costruito da soggetti verosimilmente solo di nazionalità italiana e formalmente residenti sul territorio nazionale.

Su tali basi tramite estrapolazione, in Italia 6 milioni 743 mila le donne tra 16 e 70 anni sarebbero state vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della loro vita.

L'autore sarebbe il partner nel 14,3%, percentuale che giungerebbe al 17,3% qualora si consideri anche l'ex partner

È di particolare interesse il dato attinente l'emersione di tali episodi violenti che, secondo tale indagine e metodologia, non sarebbero denunciati nel 93% dei casi nei quali l'aggressore è il partner e nel 96% di quelli nei quali non vi è tale legame tra vittima e autore.

Inoltre, circa la percezione "etica" dell'atto subito, meno di 1 vittima su 5 del campione intervistato considera la violenza subita in famiglia un *reato*, per meno della metà è *qualcosa di sbagliato* e per più di un terzo è solo *qualcosa che è accaduto*.

Con una qualche forzatura e restrizione interpretativa della definizione adottata dall'OMS, l'ISTAT separa di netto la violenza psicologica -peraltro senza indicarne i confini e le interpretazioni di riferimento- e in tal modo afferma che 7 milioni 134 mila donne nel corso della loro vita sono vittime di violenza psicologica.

A Verona nel 2005 è stato istituito l'Osservatorio Nazionale sulla Violenza Domestica, nato per volontà dell'Osservatorio di Epidemiologia Nazionale sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambiti di vita dell'ISPESL e dell'Università di Verona.

Tale Osservatorio ha predisposto e sperimentato una metodologia di rilevazione che si fonda esclusivamente su fonti Istituzionali -Unità operative di Pronto Soccorso Ospedaliero, Forze dell'Ordine, Tribunale Civile e Penale- e si pone come obiettivo la valutazione comparata della

quantità/qualità/caratteristiche di atti violenti in “ambito domestico” nel pieno rispetto della definizione OMS.

Nella Provincia di Verona -cioè nella totalità dei suoi abitanti (826.582 abitanti) suddivisi in 98 comuni con una leggera prevalenza femminile- nel 2006 vi sono state 2.706 richieste di intervento a una o più di tali Istituzioni, riconducibili per comparazione interna dei dati forniti dalle diverse fonti a 2.372 casi che vedono coinvolte direttamente 2.284 vittime (tabella 1).

tabella 1

Violenza in ambito familiare

provincia di Verona	anno 2006
n° RICHIESTE di intervento a ISTITUZIONI (o interventi istituzionali “motu proprio”)	2.706
n° CASI	2.372
n° vittime direttamente coinvolte	2.284

fonte: Osservatorio Nazionale Violenza Domestica

Va precisato che -pur facendo riferimento al territorio provinciale- il centro della rilevazione è la fonte istituzionale, la richiesta o l'intervento “motu proprio” di una delle Istituzioni sopra citate; perciò i dati rilevati

contengono in sé anche stranieri residenti o irregolari, di nazionalità non italiana ma “presenti” sul territorio indagato.

Infatti, nel 71% si tratta di vittime di nazionalità italiana, ma 1 su 3 (29%) sono “stranieri” in larga parte provenienti da paesi extracomunitari (con predominanza da Marocco, Romania -solo dal 2007 Stato membro della Comunità europea-, Nigeria).

Inoltre, sempre nello studio effettuato dall'ONVD paiono di particolare significato e perciò meritevoli di puntuale richiamo all'attenzione due elementi

- più di un terzo delle vittime maschi
- circa un terzo sono “stranieri”, per lo più extracomunitari
- 10 su 100 sono minori o anziani.

Di certo anche la metodologia -e quindi i valori- di tale analisi non porta a quantificare e qualificare con esattezza l'entità del fenomeno, permanendo (forse in parte ridimensionato) quel “dark number” più volte citato da diversi autori.

Ma altrettanto di certo ha il pregio di evitare qualsiasi “estrapolazione da campione”, facendo anzi di un territorio e di tutta la popolazione che su di esso insiste l'oggetto di conoscenza e analisi ed ancora di superare la soggettività e la sostanziale incontrollabilità del riferito, facendo fede esclusivamente su atti formali istituzionali.

La violenza durante la gravidanza

Veniamo ora allo specifico aspetto della violenza su di una donna gravida.

A tale proposito la bibliografia internazionale è più ricca di interventi e indicazioni e tra essi vorremmo citare l'OMS, l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) e l'AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) che ha predisposto sezione specializzata sulla violenza alle donne con le linee guida italiane, la legislazione etc.

Sotto il profilo statico vorremmo brevemente ricordare che

- l'OMS valuta che nel mondo circa una gravida su quattro ogni anno sia oggetto di violenza da "generico" oppressore
- i dati Istat stimano in 500 mila stupri compiuti o tentati in Italia.

All'interno del campione telefonicamente intervistato, le donne gravide riferiscono nel 16,6% che la violenza è *aumentata* durante la gravidanza, nel 15% è *iniziata*, nel 50,6% è rimasta immutata e nel 17% è diminuita

- i dati dell'ONVD testimoniano come, nel territorio indagato, con scadenza quantomeno mensile una donna gravida sia formalmente vittima di violenza in ambito familiare, di entità tale da richiedere l'intervento istituzionale (per lo più ospedaliero).

Tale dato si colloca all'interno di un quadro che computa uguale valore numerico di atti di violenza sessuale e omicidi e tentati omicidi e un numero di atti sessuali con minorenni che supera di 1/4 le violenze sessuali. Ciò premesso, in letteratura il tema è affrontato in maniera ampia e diversificata, riassumibile nei seguenti punti

► **il fenomeno**

Uno dei “miti” più diffusi è quello che la gravidanza in qualche modo protegga da violenza e maltrattamenti.

Al contrario, vi è ampia letteratura che in dimostra come la violenza non risparmi la donna neppure durante questa fase della vita e anzi atti violenti inizino ad essere perpetrati o divengano più frequenti e gravi proprio durante il periodo di gravidanza.

La gravidanza -che rende la donna più vulnerabile (con riduzione tra l'altro della sua autonomia tanto emotiva che finanziaria) e induce evidenti mutamenti- può essere vissuta dal partner come una opportunità per affermare più agevolmente potere e controllo sulla donna.

Infatti, è riportato come il 22% dei maltrattamenti abbia inizio proprio in gravidanza -specie nel secondo e terzo trimestre- ed essi, se iniziati prima, continuino nel 70% e si verificano episodi più frequenti e gravi di quelli già in precedenza avvenuti nel 17% dei casi.

Anche il puerperio è da taluni autori indicato quale “momento di particolare rischio”, poiché segnerebbe la ripresa di comportamenti violenti cessati in precedenza.

In realtà, una recente review sostiene che le donne in gravidanza non sono più a rischio di quelle fuori dalla gravidanza.

La violenza in ambito familiare sembrerebbe perciò prescindere da momenti particolari della vita familiare e -in particolare- da condizioni specifiche della donna, ma la sua genesi sarebbe da ricercarsi “a più ampio

spettro” nelle espressioni e nelle collocazioni nel contesto sociale che supportano e coinvolgono anche le relazioni affettive.

Sta’ di fatto però che, proprio attraverso questo dato, contestualmente si ratifica il venir meno della “particolarità” della gravidanza: essa sarebbe divenuta fatto che non sembra suscitare automaticamente e di necessità né sentimenti di “protezione”, né cautele e attenzioni maggiori e specifiche.

In tal senso sembra potersi legger quasi un voler rimarcare proprio l’indifferenza, il disprezzo, il rifiuto il riferimento in letteratura ai distretti corporei più colpiti dall’atto violento: addome, seno e genitali, talvolta con contemporaneo abuso sessuale.

► **fattori di rischio**

I principali fattori di rischio (tabella 2) individuati sono

- una storia di violenza precedente
- una gravidanza indesiderata (con un aumento del rischio di violenza di circa 4 volte)
- la giovane età (con rischio è aumentato di circa 3 volte tra i 16 e 19 anni)
- appartenenza a gruppi etnici immigrati (per maggiore difficoltà di accesso ai servizi e a esprimere i propri problemi in assenza del partner/interprete).

Inoltre, sono indicati quali “rischi aggiuntivi”

- un partner con problemi di alcolismo
- l’isolamento dalla famiglia d’origine

- le scarse relazioni sociali
- la difficoltà a socializzare
- una situazione cronica di stress (per difficoltà economiche, la presenza di una famiglia allargata con aiuto esterno assente o nullo etc) .

tabella 2

Fattori associati

al rischio di abuso da parte di un uomo nei confronti della propria partner

Fattori individuali	Fattori relazionali	Fattori relativi alla comunità	Fattori relativi alla società
<ul style="list-style-type: none"> • Giovane età • Eccessivo ricorso al bere • Depressione • Disturbi della personalità • Basso livello di scolarità • Basso reddito • Aver assistito a una violenza o averla subita da bambino 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflitto coniugale • Instabilità coniugale • Dominio maschile in famiglia • Stress economico • Scarso funzionamento della famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanzioni comunitarie deboli contro la violenza domestica • Povertà • Basso capitale sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Norme tradizionali legate al genere • Norme sociali che giustificano la violenza

fonte:

Va infine ricordato come da alcuni autori sia identificato nel un senso di sicurezza acquisito in gravidanza da alcune donne il fattore scatenante di episodi di violenza da parte di un partner, magari già violento, che si sente da tale atteggiamento della donna gravida posto in discussione nel proprio ruolo o nella propria autorevolezza o nella propria insostituibilità.

I motivi principalmente addotti dal partner a giustificazione della propria “violenza” sono riassumibili in tre fattori

- la gelosia nei riguardi del nascituro
- la rabbia verso una gravidanza non voluta
- l'ostilità verso la gravidanza in sé poiché impedisce alla donna di occuparsi dell'uomo con la stessa esclusività e dedizione precedente.

► **conseguenze sulla salute**

La violenza in gravidanza coinvolge sotto questo profilo due soggetti: la gestante e il feto.

Circa la donna

- il rischio di morte violenta aumenta di 3 volte in gravidanza rispetto alla popolazione generale
- i traumi provocati durante la gestazione comportano un tasso di ospedalizzazione doppio rispetto alle altre donne in gravidanza
- la violenza può associarsi a malattie sessualmente trasmissibili, a acutizzazione di malattie croniche (diabete, ipertensione arteriosa etc.) a causa dello stress legato al trauma, a depressione o altra patologia psichica (con difficoltà ad abbandonare l'uso di farmaci talora controindicati in gravidanza)
- a causa dello stato di depressione o per le conseguenze post-traumatiche aumenta il rischio di complicazioni in gravidanza e durante il parto
- frequentemente all'abuso si associano iperemesi gravidica, algie pelviche e infezioni del tratto urinario

Infine, le donne vittime di violenza si recano ai controlli prenatali con minore regolarità, in particolare si recano alle visite di controllo per lo più solo a partire dal terzo trimestre, con conseguente aumento del rischio di patologie associate alla gravidanza.

Oltre agli effetti diretti, la violenza può anche indirettamente contribuire all'aumento di alcuni comportamenti "devianti": è stata notata, ad esempio, una correlazione positiva tra violenza subita e consumo di alcool, droghe e fumo, oltre che di farmaci controindicati in gravidanza.

La violenza in gravidanza può innescare un processo di vittimizzazione nel post-partum che spesso sfocia in depressione, problemi nell'allattamento ed anche nel tentato suicidio.

Qualora si consideri che -stando alle fonti bibliografiche- il 75% delle donne che subiscono violenza in gravidanza la sperimentano anche nei 2 anni successivi al parto, appare evidente come il periodo post-partum sia del tutto pregiudicato nel suo esplicarsi fisiologico.

Per quanto riguarda l'allattamento, i risultati delle analisi svolte appaiono contrastanti e sono palesemente e dichiaratamente insufficienti per trarre conclusioni certe.

Infatti, in alcuni studi si sostiene non esservi sostanziali differenze della durata dell'allattamento tra donne che hanno subito abusi e coloro che non li hanno sperimentati; in altri è formulata l'esistenza di una differenza attribuibile però non all'abuso in sé ma a conseguenti comportamenti a rischio assunti dalla donna (fumo, alcol, farmaci, etc.).

Infine, alcuni autori segnalano -a proposito delle conseguenze sulla salute sessuale- accanto ad una alta incidenza di malattie sessualmente trasmissibili e una attività sessuale distorta e promiscua, anche un minor ricorso a sistemi contraccettivi con maggiore probabilità di gravidanze indesiderate e più elevata frequenza di malattie veneree e a disfunzioni gravi psico-sessuali (ad esempio, sterilità).

Da ultimo, una situazione caratterizzata da violenza limita il senso di autostima e l'abilità/capacità di partecipare alla vita sociale: donne vittime di abuso sarebbero quotidianamente e oggettivamente ostacolate nella loro possibilità di accedere alle informazioni e ai servizi, di prendere parte alla vita pubblica e di ricevere sostegno attivo da amici e parenti.

Sul feto

- con meccanismo diretto, il trauma all'addome materno può portare a parto prematuro, rottura della membrane, distacco di placenta, rottura d'utero e morte fetale
- con meccanismo indiretto, effetti nocivi possono derivare dall'abuso materno di sostanze nocive al feto, infezioni, comportamenti pericolosi per la gravidanza.

Molti studi riportano una rilevante associazione tra violenza in gravidanza e basso peso alla nascita, che è in parte conseguenza anche ai ritardati controlli prenatali oltre agli effetti del trauma sulla madre.

Alcuni autori riferiscono anche di una aumentata incidenza di minaccia di aborto e di aborto, in particolare poliabortività (>3), con numero di eventi negativi proporzionale alla gravità dell'abuso.

Corionamniotite e preeclampsia sono altre patologie che negli studi risultano variamente associate alla violenza domestica.

► **Il ruolo degli operatori sanitari e delle istituzioni**

Non v'è dubbio alcuno che una "gravidanza violenta" debba essere considerata una "gravidanza a rischio": la violenza in gravidanza è, infatti, più frequente di molte patologie (diabete gestazionale, preeclampsia, difetti del tubo neurale e placenta previa).

In tema di prevenzione, l'OMS ha identificato tre classi di intervento:

- *interventi universali*: approcci dedicati a gruppi di popolazione o alla popolazione in generale a prescindere dal rischio individuale (ad esempio, programmi di prevenzione della violenza destinati a tutti gli studenti di una scuola o a bambini di un'età specifica, campagne informative rivolte a tutta la comunità)
- *interventi selezionati*: approcci finalizzati ai soggetti considerati a maggior rischio di violenza, che presentano uno o più fattori di rischio (un esempio, programmi di formazione per genitori soli con basso reddito)
- *interventi appropriati*: approcci rivolti a chi ha già manifestato comportamenti violenti (ad esempio, trattamento per i responsabili di "violenza domestica").

A questo proposito molto si discute sulla validità di un possibile *test di screening* per la violenza.

Le indicazioni di molte società scientifiche invitano a formulare di routine alcune domande dirette riguardo la violenza domestica.

A tale proposito, l'invito è associato ad alcune *raccomandazioni*

- rispetto della confidenzialità
- possibilità della donna di essere sola nel corso del controllo
- presenza di un interprete diverso dal partner per le donne immigrate
- sviluppo di programmi per gli operatori coinvolti di formazione e di acquisizione delle conoscenze delle risorse
- fornire informazioni circa le possibilità che il territorio offre per uscire dalla situazione violenta
- formulazione reiterata della domanda rivolta.

Sul tale metodo di screening vi sono posizioni contrastanti cagionate dalle difficoltà oggettiva (secondo alcuni) di poterlo introdurre nella pratica assistenziale, pur riconoscendone in maniera corale l'utilità non solo per una diagnostica prenatale completa, ma anche per poter salvaguardare la salute futura della donna e del bambino.

Va peraltro ricordato che ogni "indagine" su maltrattamenti intrafamiliari è difficile, incerta e densa di contraddizioni tanto per la "genericità" o la possibile scarsa evidenza clinica dei segni dell'abuso, quanto per i sentimenti di paura, vergogna, timore dell'intervento dell'Autorità Giudiziaria che di frequente portano la vittima a negare ogni violenza.

D'altra parte è innegabile che il personale sanitario non sia abituato e preparato -sotto il profilo tecnico e ancor prima culturale- a porre la violenza verso la gravida come quella in ambito domestico tra le eziopatogenesi da valutare e indagare.

Impreparazione, valenze culturali e storiche sociali, opportunità personali o di categoria possono predisporre o indurre il sanitario a ignorare o minimizzare anche quei segnali che potrebbero indurre il sospetto.

L'approccio alla vittima, infatti, richiede di certo appropriata formazione, ma anche e soprattutto coscienza -e disponibilità- della necessità di tempo da dedicare, pratiche e programmi da approntare e inevitabilità di un coinvolgimento emozionale.

Si consideri, però, che la gravidanza costituisce una eccezionale opportunità per cogliere una situazione di maltrattamento, fosse solo per il programma di controlli prenatali previsti ed espletati dalla quasi totalità delle donne gravide.

Le occasioni di entrare contatto con il Servizio Sanitario sono perciò ripetute e la possibilità di concretizzare un rapporto di confidenza e fiducia con l'operatore sanitario è più agevole e i riferimenti alle violenze subite motivati dal timore delle possibili conseguenze per il bambino.

In ogni caso, vogliamo citare *alcuni segnali* che possono essere facilmente colti, tanto nella gravida che talora forniti dal partner

- inizio tardivo delle cure prenatali

- anamnesi di aborti ripetuti, di parti pretermine, di bambini con basso peso alla nascita, di distacco di placenta, di infezioni urinarie ricorrenti, di sanguinamenti
- mancato rispetto delle scadenze di controllo senza motivo alcuno
- manifestazioni di ansietà eccessiva e immotivata nei confronti del decorso e dell'esito della gravidanza
- espressioni di insicurezza, di depressione e dichiarazioni di infelicità
- presenza di ecchimosi/ematomi in varia fase cromatica e in diverse regioni corporee o di ferite, in vario stato di guarigione
- da parte del partner, eccessiva sollecitudine, presenza costante con tendenza a rispondere alle domande rivolte alla donna o a correggerne le risposte.

Ma anche in assenza di tali stigmati, si tratta in ogni caso di porre su questo fenomeno la stessa attenzione rivolta ad altri, quali l'uso di alcool, di sostanze stupefacenti etc.. e proprio in tal senso vanno le indicazioni di ACOG, RCOG e RCM, Società Canadese e Australiana di Ostetricia e Ginecologia.

Ma ancora una volta e nonostante i reiterati inviti provenienti da varie Associazioni specialistiche resta la asserita e denunciata impossibilità attuale di procedere secondo le indicazioni di cui sopra per mancanza di formazione del personale, per necessità che una persona si possa occupare esclusivamente di maltrattamenti e violenza, per la entità di lavoro e

tempo da impiegare per condurre in modo appropriato siffatto counseling (Bjorg, 2003).

Vengono allora consigliate almeno alcune “azioni di ripiego”, quali

- collocare in evidenza di poster e materiale pubblicitario -con numeri telefonici dei servizi di accoglienza- negli ambulatori, negli ospedali, nelle toilette, ove la donna può con calma e in autonomia (quasi “in segretezza”) trovare alcuni referenti
- evitare di ipotizzare o citare la violenza di fronte al partner o di registrare quanto raccontato, senza il consenso dell’interessata
- mostrare incredulità o meraviglia su quanto percepito o direttamente riferito
- minimizzare o indicare quale sarebbe il comportamento del sanitario qualora si trovasse nella medesima situazione
- tentare di indurre la donna a raccontare e riferire o forzarla a sporgere denuncia
- assumere un atteggiamento "giudicante".

In ogni caso pare opportuno ricordare che ciò non può né deve esimere dall’obbligo di riferire nella documentazione sanitaria segni o eventuali lesioni rilevate all’esame obiettivo, sempre che il caso non possa configurare il reato di “maltrattamenti” per il quale il Codice penale -per la reiterazione insita nell’atto violento- prevede procedibilità d’Ufficio e perciò obbligo per il sanitario di inoltrare referto all’Autorità giudiziaria.

L'approccio attento e corretto del sanitario -potremmo dire "secondo scienza e coscienza"- nei confronti di una donna gravida sottoposta a violenza può essere momento primo e privilegiato cogliere segnali di richiesta d'aiuto.

Al contrario indifferenza, approssimazione, superficialità in questa fase possono contribuire a peggiorare la situazione psicologica della donna violentata, allontanandola dalle istituzioni e quindi dalla possibilità di individuare una via d'uscita dalla condizione in cui si trova,

Per un approccio corretto ed efficace sono indispensabili

- consapevolezza della presenza e della rilevanza anche numerica del fenomeno
- consapevolezza della necessità -dopo averli riconosciuti come tali- di superare eventuali i pregiudizi personali
- consapevolezza della necessità di specifica formazione per decodificare una richiesta d'aiuto, anche non palese, in questo ambito
- capacità di ascolto e di rispetto, come per ogni sanitario in qualsivoglia frangente, ma con ancora maggiore attenzione e disponibilità.

A questa prima fase di "accoglienza" deve seguire uno stretto rapporto di collaborazione con servizi e strutture territoriali (accessibili e sicuri) e con l'Autorità giudiziaria.

Molti Paesi hanno istituito centri per le donne in crisi e rifugi per le donne maltrattate, facendo di questi la base di programmi per le vittime della violenza domestica.

Tali centri usualmente forniscono gruppi di supporto e consulenza individuale e soprattutto formazione professionale, programmi di supporto per i figli, assistenza nei rapporti con i servizi sociali e per le questioni legali.

Nella maggior parte dei Paesi, inoltre, sono presenti alcune delle organizzazioni non governative che offrono servizi specialistici per le vittime di abuso e che concorrono in campagne in loro difesa.

In alcuni Paesi in via di sviluppo, nell'impossibilità di affrontare gli elevati costi di strutture di ricovero o rifugio, si è intrapresa una via di risposta attraverso l'istituzione di linee telefoniche d'emergenza o centri non residenziali per le donne "in crisi.

Palese è, infine ma non ultima, la necessità di affiancare in sede giurisdizionale ogni tipologia di intervento prescelto a misure sanzionatorie esplicite, efficaci e automatiche (che cioè non obblighino la vittima a divenire soggetto attivo nella possibilità di sanzione).

Gli interventi in questa sede attuati negli ultimi decenni nel nostro Paese attengono in prevalenza l'aspetto dell'abuso sessuale della violenza in ambito familiare.

Il passo non è di poco momento poiché accentua e ribadisce la valenza di crimine della violenza sessuale all'interno della coppia, per troppo tempo considerato territorio "privato" nelle sue relazioni interpersonali e perciò luogo nel quale era opportuno "non mettere il dito".

In altri Paesi si è ritenuto indispensabile rivedere e aggiornare articoli del Codice penale o istituire nei Tribunali sezioni dedicate a trattare gli episodi

di violenza domestica o intervenire sulla formazione di Forze di Polizia, di funzionari del Tribunale e di avvocati.

SECONDA PARTE

Alcuni casi clinici

Sono stati esaminati i casi di violenza in gravidanza rilevati nel Policlinico “G. B. Rossi” di Verona da agosto 2005 a luglio 2007 riportati nei registri del Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico.

Inizialmente si sono evidenziati tutti i casi con diagnosi di ingresso di “percosse in gravidanza”, “trauma in gravidanza”, “violenza/sospetta violenza”.

Successivamente sono stati rilevati nei “rapporti” della visita quegli elementi atti a dettagliare la natura dei traumi e le dinamiche che hanno indotto la donna a richiedere l’intervento.

In tal modo il campione è stato ristretto attraverso l’esclusione dei casi “di origine traumatica” non riconducibili a violenza da parte di terzi.

Infine, la comparazione delle notizie presenti nel GRC (riguardanti la “storia ospedaliera” della donna, cioè precedenti ricoveri, prestazioni di P.S. e visite mediche specialistiche) ha permesso di individuare i casi nei quali la violenza in gravidanza era certa o ampiamente sospetta.

Di tali casi sono state indagate eventuali altre richieste di prestazioni ospedaliere di Pronto Soccorso, specialistiche o di specifica assistenza ostetrico-ginecologica.

Va da subito segnalata la frequente incompletezza -e talora l’assenza- dei “rapporti” del Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico in particolare sulla

parità, sulle modalità di accadimento del fatto violento, sulla persona che eventualmente ha accompagnato la donna in ospedale e talora anche sul dettaglio prestazioni effettuate.

Carenze sono da segnalare anche per quanto attiene il GRC, in particolare circa la descrizione dell'entità dei traumi riportati

I dati raccolti sono comunque risultati del tutto sufficienti per l'analisi, anche considerando esclusivamente i casi "accertati" -e in tal modo definiti in atti medici- di violenza.

Segnaliamo solo per completezza la presenza di almeno tre casi ove la violenza in gravidanza è fortemente sospetta tanto per la regione del trauma (addome), che per le reiterate richieste di cure al Pronto Soccorso generale (cure mediche urgenti almeno 5 volte nell'arco di un anno).

Tra agosto 2005 e luglio 2007 sono stati in questo modo rilevati nel Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico otto casi di violenza in gravidanza (tabella 3) .

Si tratta di donne

- la cui *età* delle donne copre tutta la fascia riproduttiva: la più giovane ha 23 anni, la più anziana 40 anni
- di *nazionalità* straniera (in prevalenza provenienti dalla Nigeria, ma anche da Polonia, Marocco e Albania), di esse però non è noto da quanto siano in Italia, quale sia il grado di integrazione, se lavorino e se comprendano e sappiano esprimersi in italiano
- che hanno uno o più figli

- con anamnesi positiva per precedenti aborti.
- in epoca gestazionale compresa tra 6 e 13 settimane
- che hanno subito violenza dal coniuge o da una “amica” (ma sembra opportuno segnalare come in questo caso la donna fosse accompagnata proprio dal compagno)
- che recano i segni di percosse in prevalenza al volto e all’addome con perdita di coscienza
- che riferiscono o presentano segni obiettivi di violenza sessuale.

In tali casi il Pronto Soccorso generale compie gli accertamenti volti a accertare lo stato di salute materno (visita chirurgica, analisi ematochimiche e sierologiche) e ove necessario attua le necessarie medicazioni.

Il Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico di regola sottopone la donna a visita ginecologica e ostetrica associata a ecografia per accertare il benessere fetale.

Nella maggioranza dei casi è riscontrata una “normale evoluzione della gravidanza”, perciò la donna è nuovamente inviata al Servizio di Pronto Soccorso generale PS per ulteriori accertamenti oppure a domicilio con la prescrizione di un periodo di riposo e il consiglio di effettuare i periodici controlli ambulatoriali.

In un solo caso -che ci sembra quasi poter definire per paradosso “fortunato”, poiché ha determinato il godimento di un “periodo di tregua”-

è stato necessario il ricovero della donna paziente, trattenuta in osservazione per 3 giorni.

Nessuna di queste donne si è rivolta più di una volta al Pronto Soccorso nel corso della stessa gravidanza, apparentemente indicando l'assenza di reiterazione di atti violenti.

Ma nella maggioranza dei casi (per la precisione in 6) si sono riscontrate richieste di “prestazioni urgenti” (visite chirurgiche, medicazioni, accertamenti radiografici) al Servizio di pronto Soccorso del Policlinico di Verona “per ragioni non meglio precisate”.

E questo rilievo sembra rafforzare il termine di “apparente” all'assenza di recidive.

La maggior parte di queste donne al termine della gravidanza partorisce nella struttura presa in analisi.

Si è trattato di parti privi di complicazioni e solo in un caso è riferita la presenza di oligoidramnios e di sofferenza fetale durante l'espletamento del parto.

tabella 2

Casi clinici rilevati al Policlinico di Verona (agosto 2005 - luglio 2007)

Data	età	nazionalità	diagnosi PSO	azioni	storia precedente	prestazioni precedenti e post
09/12/2005	38aa	polonia	percosse in gravidanza a 30+5w	Visita ostetrica-ginecologica, ecografia: grav in normale evoluzione Si invia a domicilio, si consiglia riposo e controlli ostetrici		09/12/2005: PS (visita chirurgica)
19/01/2006	24aa	nigeriana	percosse in gravida 4° mese	rinvio PS	03/05/2006: olioidramnios 08/07/2006: sofferenza fetale, parto semplice:nato vivo	6 ricorsi non specificati al PS del policlinico dal 2005 al 03/07/02007
11/03/2006	23aa	marocco	percosse a 16w da parte di un conoscente e perdita di coscienza a domicilio P1001	Visita ostetrico- ginecologica, ecografia. Si consigliano controlli ambulatoriali, rinvio a domicilio	24/03/2006:colica renale in grav 17/08/2006: P.S.: nato vivo 10/04/2006: prestaz gin (?) 15/05/2006: prestaz gin (?) 20/06/2006: prestaz gin (?)	1 ricorso al PS a febbraio 1 ricorso al PS a marz 2 ricorsi al PS in settembre 2006
15/07/2006	27aa	nigeriana	violenza domestica in gravidanza a 12+4w, riferisce violenza dal marito(trauma cranico) P1021	Visita ostetrica-ginecologica, ecografia: grav in normale evoluzione Si rinvia in PS per ulteriori accertamenti	31/01/2007: prestaz non codificata 03/02/2007: Parto Semplice: nato vivo	
15/07/2006	35aa	nigeriana ?	lite in gravida a 10+5w con un'amica, accompagnata al PSO dal marito P2032	Visita ostetrica-ginecologica, ecografia: grav in normale evoluzione Si invia a domicilio, si consiglia riposo e controlli ostetrici	05/10/2005: TC: nato vivo	16/07/2006:PS (cons chirurgica) 18/01/2007:PS (rx addome) 29/07/2007:PS (?)
25/07/2006	?	?	percosse in Gravidanza al 3°mese	Visita ostetrica-ginecologica, ecografia Ricovero		
06/12/2006	40aa	albania	trauma in gravidanza a 20w: spintonata da terzi P1031	Visita ostetrica-ginecologica, ecografia: grav in normale evoluzione Si rinvia in PS per ulteriori accertamenti, si consigliano controlli ambulatoriali e riposo	16/10/2005 e 24/04/2007: visita ost-gin ospedale civile maggiore 11/02/2006: visita ginacologica urgente	16/03/2006: PS: traumatologico 07/12/2006: PS:visita chirurgica e medicazione
27/03/2007	25aa	?	percosse in gravidanza 6w di amenorrea: percussioni facciali e addominali (nega violenza sessuale)	Visita ostetrica-ginecologica, ecografia: grav in normale evoluzione Si rinvia in PS per ulteriori accertamenti		27/03/2007: Ps Visita chirurgica, medicazione, esame gonadotropine, invio a visita ginecologica

Note conclusive

Quanto è stato illustrato -e in particolare i riferimenti a dati internazionali e nazionali- sollecita la necessità prioritaria di definire in maniera univoca il fenomeno, i suoi ambiti e il suo contesto, di identificare metodologie di analisi che -pur nella specificità dei singoli ambiti territoriali o nazionali- contenga in sé elementi sufficienti di comparabilità, di fondare in ogni caso qualsiasi stima sulla relatività stessa di quanto del fenomeno giunge alla conoscenza e alla valutazione.

Di recente, uno studio pubblicato nel nostro Paese riassume in tal modo alcune di queste tematiche:

“Storicamente, uno dei problemi principali della ricerca criminologia sulla violenza intrafamiliare è stato quello della valutazione dimensionale del fenomeno, a fronte della grande incidenza del numero oscuro, di cui si ipotizzano -a seconda dei casi- dimensioni variabili fra l’80 e addirittura il 98% del totale.

Alla base delle differenze -talora molto spiccate- presenti nelle stime proposte dalle fonti scientifiche, istituzionali, giornalistiche, vi è un complesso di ragioni, nelle quali le difficoltà di pervenire ad una definizione comune dei fenomeni di abuso costituiscono soltanto un aspetto.

Occorre piuttosto sottolineare che le informazioni su cui si basano le varie stime provengono da fonti molteplici, quali i servizi sociali, gli ospedali, i rapporti di polizia, i sondaggi condotti da organismi di rilevazione

statistica, tutte le indagini elaborate su campioni variabili, con differenti impostazioni metodologiche, tempi e disponibilità di mezza; inoltre molte stime sono deduttive o speculative. ...” (Bacciconi, Martucci et al., 2007).

Nel nostro Paese permane, nonostante alcuni interventi giurisdizionali, salda e pressoché intatta la difficoltà di mutare la percezione e la considerazione collettiva del fenomeno, ampliando la problematicità di rendere efficaci eventuali interventi predisposti o attuati e ogni iniziativa studiata.

Ciò infatti significherebbe, tra l'altro, porre in discussione l'istituzione famiglia -uno dei fondamenti sociali ancor prima che costituzionali- e interrogarsi sul sostanziale fallimento dell'equivalenza tra affetto-famiglia-sicurezza.

Riferimenti bibliografici

- Abdus Salam, Alim A., Noguchi T. "Spousal abuse against women and its consequences on reproductive health: a study in the urban slums in Bangladesh" *Maternal and Child Health Journal* 2006, Vol 10, No 1, 83-94
- Alison M. Spitz, Marks James S. "Violence and reproductive Health" *Maternal and Child Health Journal* 2000, Vol 4, No 2, 77-78
- Bacciconi M., Bertolaso S., Bianchi A.R., Celentano A., Erba P., Massari S., Papalia G., Patussi V., "Violenza domestica un ossimoro da svelare e comprendere" *Quaderni per la salute e la sicurezza, ISPESL, EuroLit*, 1-131, Roma 2005
- Bacciconi M., Martucci P., Bertolaso S., Erba P., Papalia G. "La violenza in ambito familiare nella provincia di Verona -Considerazioni criminologiche" pubblicazione a cura del Centro Studi Criminologici, ottobre 2007
- Bowen E. et al. "Domestic violence risk During and after pregnancy: findings from a British longitudinal study" *BJOG*, August 2005, Vol 112, 1083-1089
- Butchart A., Villavences A. " Violence against women and the risk of infant and child mortality" *Bulletin of WHO* 2003, 81(1)
- Campbell J. et al. "Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries", *Violence Against Women* 2004, Vol 10, 770-789
- Jana L. Jasinski "Pergancy and domestic violence: a review of literature". *Trauma Violence & Abuse*, Vol. 5, No 1, January 2004 47-64

- Kendall-Tackett “ Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum and breastfeeding” *Trauma Violence & Abuse* 2007; Vol 8, 344-353
- Khurram Nasir, Adnan A. Hyder “Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence”. *European Journal of Public Health* 2003; Vol 13; No 2 105-107
- ISTAT “Violenza e maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia” Periodo di riferimento: 2006. Diffuso il 21 Febbraio 2007.
- Macy R. J., Martin S. L., Kupper L. L., Casanueva C., Guo S. “ Partner violence among women before, during and after pregnancy;: Multiple opportunities for intervention” *Women’s Health Issues* 2007
- Mezey G., Baccus L., Haworth A., Bewley S. “Midwives’ perception and experience of routine enquiry for domestic violence” *BJOG* 2003, Vol 110, 744-752
- Murphy C., Schein B., Myhr L., Du Mont J. “Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis” *CMAJ* 2001; 164(11).
- 8. Rebecca L. Burch, Gordon G. Gallup Jr. “Pregnancy as a stimulus for domestic violence”, *Journal of Family Violence*, Vol 19, No 4, August 2004
- Sandra L. Martin et al. “Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence”. *Trauma Violence & Abuse*, Vol 8, No 2, April 2007 135-148
- Saunders E. E. “Screening for domestic violence during pregnancy”, *International Journal of Trauma Nursing* 2000, Vol 6, No 2, 44-47
- UNFPA “State of the World Population – 2000”

- Johanson J.K. et al. " The prevalence of domestic violence in pregnant women" BJOG 2003; 110:272-275.
- World Health Organization "World report on violence and health", 2002.