



### **VIOLENZA SULLE DONNE**

Tutto il genere umano è, a suo modo, soggetto e oggetto di violenza. Individuale o di massa, occasionale o ripetuta, fisica, psicologica, lieve, grave, devastante o omicida. È tuttavia senso comune (con molte eccezioni, purtroppo) ritenere che sia particolarmente odiosa e ancor meno tollerabile la violenza perpetrata sui soggetti più deboli, che siano donne, bambini, disabili o anziani, o comunque soggetti che non possono difendersi adeguatamente. I pediatri, da molto tempo, si preoccupano della violenza e in generale dei maltrattamenti subiti dai bambini, anche se da non molto hanno appreso a sospettarla, riconoscerla e attivare di volta in volta gli interventi e le procedure che la coscienza, la deontologia professionale e la legge impongono. Gli stessi pediatri

conoscono, certo meno bene, la violenza sulle donne, in particolare quella sulle madri che incontrano nei loro ambulatori, e, qualche volta, sulle adolescenti che ancora li frequentano. A volte, se la relazione è tale da aprire questo spazio di comunicazione, ne sentono parlare dalle donne stesse; a volte possono sospettarla sulla base di segni, sintomi, atteggiamenti, o di considerazioni sul contesto familiare e sociale, o di quanto sanno su costumi e abitudini dei padri. Dovrebbero anche (ma non sempre accade) sapere che dietro i segni e i sintomi della violenza sui bambini c'è, quasi sempre, una violenza sulle loro madri, oltre che sui loro fratelli e sorelle.

Da tempo ci si impegna nella formazione dei pediatri e di tutti gli altri operatori, educativi, sociali, dei servizi di sicurezza

e di quelli giuridici, per migliorare le competenze necessarie a identificare e prendere in carico i casi di maltrattamento sui bambini. Per quanto riguarda le donne, invece, c'è ancora quasi tutto da fare. E non ci si può chiamare fuori, magari attribuendo questo compito esclusivamente ai colleghi medici di medicina generale o ospedalieri. Perché l'osservazione del bambino e la conoscenza della madre, che possono essere fatte al Pronto Soccorso (in particolare se le visite al Pronto Soccorso sono ripetute), e a maggior ragione nell'ambulatorio del pediatra di famiglia che ha il carattere distintivo della continuità, possono dire molto.

Cosa si può fare? Innanzitutto, conoscere. Può essere utile allora (lo sarebbe anche se fossimo semplici cittadini) dare una rapida occhiata ai dati e alle informazioni di cui disponiamo, prodotti dagli uffici statistici o da ricerche *ad hoc*.

Un primo dato è quello che riguarda la dimensione della piramide della violenza sulle donne. Nel nostro Paese, che pur presenta dati meno terribili di altri Paesi (nel periodo 2004-2015 ci sono stati in Italia 0,51 omicidi volontari ogni 100mila donne residenti, contro una media di 1,23 nei trentadue Paesi europei e nordamericani per cui si dispone di dati), i numeri sono impressionanti: nel 2016 se ne sono contati 120, una media di una donna vittima ogni tre giorni. Negli ultimi dieci anni le donne uccise in Italia sono state 1740, di cui 1251 (il 71,9%) in famiglia<sup>1</sup>. La proporzione di vittime donne per mano di partner o ex-partner sul totale degli omicidi in cui la vittima è una donna, è aumentata nel corso degli anni, passando dal 39% del 2002 al 51% del 2016. Tuttavia, se invece di guardare alle percentuali si considera l'incidenza sulla popolazione, i tassi rimangono pressoché stabili, attorno a 0,25 donne ogni 100mila uccise, ogni anno, per mano del partner o ex-partner.

Il femminicidio è la punta di una piramide di violenze che riguarda una donna su 4-5 in Italia (l'ISTAT, in una indagine del 2015, ci dice che 6.788.000 donne hanno riferito di essere stati vittima di un qualche tipo di violenza nella propria vita)<sup>1</sup> e una su 3-4 in media in Europa (dati della survey svolta nell'Unione Europea nel



Si ringrazia Francesco Altan

2014)<sup>2</sup>. Sempre la stessa survey, basata su interviste a 42.000 donne di tutti i Paesi della UE, ci dice che l'8% delle donne riferisce di aver subito violenza, circa la metà dal proprio partner/ex-partner, negli ultimi 12 mesi. È interessante notare che in Italia la percentuale totale è un po' minore (7%) ma che all'interno di questa molto maggiore è quella attribuita al partner/ex-partner (6% cioè la grande maggioranza) mentre il dato corrispondente negli altri Paesi è molto minore (3% o 4%). Se facciamo (fate) i conti, potete immaginare che, su un numero di bambini attorno agli 800 in carico ad ogni pediatra di famiglia, quindi di 600-700 madri, nell'ultimo anno tra le 40 e le 50 di queste hanno subito qualche tipo di violenza. Ecco un dato da conoscere! Soprattutto se collegato a quanto sappiamo sui fattori di rischio e di protezione, che ovviamente sono variamente rappresentati in diversi contesti sociali e culturali. La *Tabella I* sintetizza quanto emerso da vari studi, e su questa base ogni pediatra di famiglia può costruire un profilo di rischio per la popolazione che segue, e anche per singole situazioni familiari. A questo proposito è bene sapere che il rischio di violenza domestica aumenta durante e subito dopo la decisione della donna di separarsi<sup>3</sup>.

Secondo i dati delle Nazioni Unite, nel 2015 il 35% delle donne nel mondo ha subito una violenza<sup>4</sup>. La matrice principale della violenza contro le donne può essere rintracciata ancor oggi nella disuguaglianza dei rapporti tra uomini e donne. E la stessa Dichiarazione adottata dall'Assemblea Generale Onu parla di violenza contro le donne come di "uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini".

Il documento più completo per comprendere il fenomeno è il già citato "Violence against women: a EU wide survey"<sup>2</sup>. Il documento è un corposo report, che riporta dati sull'incidenza di vari tipi di violenza, circostanze, caratteristiche dei perpetratori, conseguenze a breve e lungo termine, interventi efficaci ecc. Da questo e da altri studi possiamo ricavare una sintesi di quello che abbiamo appreso sui fattori di rischio e di protezione della violenza sulle donne (vedi *Tabella I*).

### FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE INDIVIDUATI PER LA VIOLENZA SULLE DONNE

#### Fattori di rischio

- Esperienza diretta o indiretta (come testimoni) di violenza da bambini\*
- Abuso di sostanze
- Stato di salute mentale compromesso
- Basso livello di istruzione (associato nei maschi ad alto rischio di violenza perpetrata e nelle donne ad alto rischio violenza subita)
- Povertà, soprattutto se associata a disoccupazione (come sopra)
- Disegualianza di accesso e controllo su risorse economiche tra uomo e donna nel nucleo familiare
- Culture e pratiche sociali che aggravano la subordinazione femminile e giustificano la violenza domestica su di esse
- Carenza di luoghi di ritrovo per donne, dove stabilire legami, fare rete ecc.
- Elevato ricorso alla violenza in generale nella comunità/società
- cornice legislativa che non previene e punisce la violenza adeguatamente
- Basso livello di consapevolezza e formazione tra gli operatori dei servizi (sociali, sanitari, educativi) compresi quelli di sicurezza e giuridici

#### Fattori protettivi

- Istruzione media o superiore
- Età al matrimonio maggiore di 18 anni
- Autonomia economica e accesso al controllo sulle fonti di reddito da parte delle donne
- Norme politiche e programmi sociali che promuovono l'eguaglianza di genere\*\*
- Personale competente e numericamente adeguato nei servizi sociali, sanitari, di polizia, giuridici
- Luoghi di protezione per le donne a rischio o vittime di violenza
- Gruppi di supporto per le donne a rischio

\*Negli Stati Uniti, uno studio dei Centers for Disease Control ha messo in evidenza, nei bambini americani, una associazione con qualsiasi tipo di violenza subita da piccoli, anche di tipo "disciplinare".

\*\*Qualche solerte ideologo ha pensato di cancellare, in alcune città, progetti educativi per le scuole dell'infanzia che miravano a educare i bambini all'eguaglianza di genere e a evitare stereotipi di genere. Non si è capito in nome di cosa, se non di una malintesa e strumentale polemica politica, costruita su questioni sulle quali ci dovrebbe essere unanimità di intenti, non riguardando alcuno dei temi sui quali si dividono l'etica laica e quella cattolica o di altre religioni, quali le interruzioni di gravidanza, il fine vita ecc.

#### Tabella I

In ogni caso, come sempre, il problema potrà essere affrontato alla radice se diventa oggetto di cambiamenti innanzitutto nei modi di pensare, nelle norme sociali, se almeno alcuni dei fattori menzionati nella *Tabella I* saranno oggetto di politiche e programmi. Qualcosa si è mosso in Italia negli ultimi anni, con la costituzione dei Centri antiviolenza, con iniziative di formazione rivolte a operatori (tra i quali quelli sanitari), con la definizione di percorsi condivisi tra i servizi per facilitare interventi di prevenzione e protezione e con la costituzione di pool di competenze all'interno dei servizi. Molto utile, ai fini di poter dare alle donne opportunità di cercare e trovare supporto, sarebbe quindi la presenza negli ambulatori medici di brochure informative sulla violenza e sui servizi a cui rivolgersi.

È di queste settimane la notizia che al tema andranno aumentate le ricorse per il

triennio 2017-2019. Lo prevede un emendamento alla legge di bilancio approvato in Commissione alla Camera. Le risorse andranno al Piano antiviolenza, ai Servizi territoriali, ai Centri antiviolenza e ai Servizi di assistenza alle donne. Il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità sarà quindi incrementato di 5 milioni annui. Basteranno?

#### Fonti principali e documenti consigliati per approfondimento:

1. ISTAT: <https://www.istat.it/it/archivio/violenza>.
2. Unione Europea: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>.
3. <https://femicidiodicasadonne.wordpress.com/2016/12/01/femicidi-in-italia-dati-sintetici-2015>.
4. Nazioni Unite: <http://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women>.