



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1

DISTRETTO 46  
**U.O. PSICOLOGIA CLINICA**  
**Prevenzione Salute Mentale Donna**

*Centro clinico per il maltrattamento in famiglia e sul lavoro*

Resp. : dott. Elvira Reale

Sede: via Pia, 25 – 80126 Napoli - Italia  
Tel: +39-081-2548410 Fax: +39-081-7283990

**Tavola Rotonda : Esperienze di formazione sul tema della violenza di genere a favore degli operatori - Confronto tra le realtà pilota -**

**La formazione nel contesto sanitario:  
esperienza della UO di Psicologia Clinica della ASL Napoli 1  
di Elvira Reale**

Il Centro Prevenzione Salute Mentale della Donna (UO Psicologia Clinica) della ASL Napoli 1 ha collaborato, a partire dal 1996, con l'Organizzazione Mondiale della Sanità sul tema delle conseguenze della violenza sulla salute mentale delle donne.

Dal 1998 insieme ad altre Associazioni di donne, ha promosso in via sperimentale a Napoli, la Rete contro la violenza sessuale. In collaborazione con il Comune di Napoli ed il Centro Donna, la Rete ha messo in piedi e gestito l'esperienza del Centro Ascolto anti-violenza.

**1. La partecipazione alla rete anti-violenza a Napoli**

Nell'ambito dell'attività del Centro ascolto anti-violenza del Comune di Napoli il nostro Servizio di psicologia clinica ha offerto in rete la sua competenza tecnica nel fornire consulenza specialistica e percorsi psicoterapici alle donne che lo richiedevano o che comunque avevano riportato specifici danni psichici.

Nell'ambito di questa attività di consulenza clinica sono state seguite in collaborazione con il Centro ascolto del Comune di Napoli: donne per maltrattamento familiare; donne per problemi lavorativi (mobbing e molestie sessuali); minori per problemi di abuso; casi di stupro.

In tutti questi casi il Centro ha proceduto sia con interventi di valutazione tecnica del danno psicologico subito dalla donna maltrattata e/o abusata; sia con interventi terapeutici per il superamento dei vissuti depressivi.

L'esperienza di collaborazione con il Centro antiviolenza ha indicato in modo omogeneo, che la donna prima di attuare un percorso di uscita dalla violenza, passa molti anni in una relazione violenta che la danneggia sul piano fisico e psichico.

Questa consapevolezza, condivisa anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha dato una nuova spinta alla promozione di una politica locale di sviluppo dell'intervento sui danni psichici provocati dal maltrattamento, e sulla formazione degli operatori sanitari sui temi della violenza.

In particolare l'OMS nel *World Report on Violence and Health* (2000, WHO) con i riferimenti specifici al capitolo quattro sulla violenza del partner, (Intimate Partner Violence IPV) ed al capitolo sei sulla violenza sessuale (Sexual violence SV), pone in evidenza il problema degli effetti sulla salute della violenza di genere, come problema di estrema rilevanza mondiale, sia nei paesi in via di sviluppo che in quelli già sviluppati.

**E su questa linea del coinvolgimento diretto del mondo sanitario** possiamo annoverare, oltre l'intervento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, anche altri interventi autorevoli che spingono il mondo sanitario ad organizzare strumenti e presidi per combattere gli effetti della violenza sulla salute:

- l'iniziativa dell'AMA (American Medical Association) che nel giugno 2002 ha pubblicato una linea guida per i medici finalizzata alla prevenzione, all'individuazione precoce ed al trattamento dei casi di violenza tra la popolazione femminile dei servizi sanitari: *"Connecting the Dots to Prevent Youth Violence. A Training and Outreach Guide for Physicians and Other Health Professionals"*;

- l'iniziativa delle Nazioni Unite (United Nations Populations Fund –UNFPA):che ha sviluppato una linea guida - rivolta alle istituzioni sanitarie pubbliche e private - finalizzata a contrastare il fenomeno della violenza con i suoi effetti sulla salute, e ad adeguare i servizi sanitari a questa nuova emergenza: *"Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers"*.

## **2. L'organizzazione del Centro clinico per il maltrattamento in famiglia**

Sulla scia di queste indicazioni internazionali, si è organizzato a partire dal 2003-04 un Servizio psicologico-clinico specifico all'interno della Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 per l'intervento sugli effetti psichici della violenza e del maltrattamento.

**Il Centro Clinico per il maltrattamento in famiglia e ed al lavoro** è stato così costituito presso l'Unità Operativa di Psicologia clinica -Centro Prevenzione Salute Mentale donna - della ASL Napoli 1.

La operatività del Centro Clinico è finalizzata alla diagnosi ed al trattamento della donna maltrattata.

A. sul piano diagnostico l'intervento del Centro punta a:

- la valutazione del danno psichico nella donna maltrattata,
- la valutazione dei danni subiti dai bambini, attraverso l'ascolto mirato sugli effetti del maltrattamento assistito;
- l'acquisizione e la formazione delle prove cliniche del danno, quando la donna non ha con sé prove materiali di un maltrattamento a lungo subito;

- la definizione del nesso di causalità tra danno psichico, in specie disturbi ansiosi e depressivi, e condizione pregressa di maltrattamento.

B. Sul piano del trattamento, l'intervento del Centro Clinico è finalizzato alla riacquisizione, da parte della donna, che ha subito un lungo maltrattamento, di un livello di equilibrio psichico attraverso varie azioni:

- ricostruire la storia di maltrattamento, recuperare la memoria, visualizzando il trauma/ i traumi, ed il dolore vissuto, come primo passo del trattamento, perché "la vittima ha bisogno di comprendere il passato per poi recuperare il presente ed il futuro" (J. Herman, Trauma and Recovery).
- operare il distacco dal partner maltrattante, mettendo in atto le azioni legali conseguenti;
- ridefinire un progetto di vita centrato su di sé;
- riacquistare il senso di stima di sé,
- ridisegnare e sostenere la donna -madre nel rapporto con i figli, rapporto danneggiato dalla relazione di maltrattamento, soprattutto in termini di svalutazione dell'immagine materna.

Con questo tipo di operatività, **il Centro clinico per il maltrattamento in famiglia è il primo centro in Italia** che, all'interno del servizio sanitario nazionale, offre alle donne un aiuto tecnico per la individuazione ed il trattamento dei loro disturbi a partire da eventi di maltrattamento e di abuso.

Nel centro le donne quindi ricostruiscono con le esperte la storia di maltrattamenti ed abusi. Sono supportate nel percorso di uscita dal disagio e giungono ad una diagnosi corretta che inserisce - nella eziologia e nel processo eziopatogenetico dei disturbi evidenziati - gli eventi di maltrattamento ed abuso subiti nel corso della vita, quali eventi stressanti e traumatici in grado di produrre disagio e malattia.

**Una ulteriore pratica innovativa** è quella che, all'intervento diagnostico e terapeutico, affianca un'attività clinico legale che munisce la donna **di una relazione tecnica di tipo peritale**, riconosciuta dalla istituzione giudiziaria come referto sanitario, da cui si evinca:

- la tipologia, la gravità, la persistenza nel tempo, la percezione di dannosità del maltrattamento e dell'abuso patito,
- la cronologia degli eventi stressanti riferiti al maltrattamento ed abuso,
- l'impatto del maltrattamento sulla salute.
- il nesso temporale e causale del maltrattamento ( uno o più eventi) con i vari tipi di manifestazione di disagio sia pregressi che attuali.

Tale relazione è di fondamentale importanza per supportare la donna sia nel percorso legale, perchè fonda la sua credibilità; sia dal punto di vista psicologico perchè restituisce alla donna una immagine di persona non più debole o malata, ma soggetta ad eventi intrinsecamente gravi, difficilmente tollerabili da qualsiasi altra persona posta nelle stesse condizioni..

Questa attività specialistica, in rete con il Centro anti-violenza, si è rivelata di assoluta necessità in tutti quei casi in cui la donna , oggetto di maltrattamento sia fisico che psichico, per anni subito in silenzio, non ha "prove" da esibire in un giudizio sia civile che

penale, prove che potrebbero farle ottenere la salvaguardia di una serie di diritti come ad esempio, la casa, l'affido dei minori, il risarcimento del danno biologico.

### **3. La formazione agli operatori sanitari**

Il Centro clinico per il maltrattamento in famiglia della ASL Napoli 1 è stato anche tra i primi ad aver posto l'obiettivo della formazione degli operatori sanitari all'interno dell'istituzione medica, organizzando annualmente dei corsi di formazione per gli operatori sanitari secondo i canoni dell'Educazione Continua in Medicina (ECM). L'obiettivo della formazione sulla tematica della violenza è avvenuta però in un contesto di trasformazione della pratica medica, promuovendo nello stesso tempo in Italia, la critica al deficit di scientificità della medicina in rapporto ai temi di salute delle donne.<sup>1</sup>

Porre come obiettivo la formazione sulla tematica della violenza contro le donne, dall'interno della struttura sanitaria, significa riconoscere che la scienza medica deve essere attraversata da nuove categorie diagnostiche che siano in grado di rappresentare la violenza come potente fattore eziologico e di rischio. Ciò significa quindi un ripensamento complessivo delle categorie diagnostiche per sviluppare i nuovi percorsi patogenetici finalizzati alla conoscenza delle cause di molte patologie finora attribuite prevalentemente ad "eventi" e/o fattori ormonali e biologici.

Molte patologie infatti, tra cui in primis quelle psichiche (ma non solo ovviamente) così diffuse tra le donne, vanno ripensate alla luce dei dati sulla violenza che costituiscono, in questa nuova ottica di genere appunto, le cause più frequenti - nella popolazione femminile - dei disturbi di tipo ansioso-depressivo.

Questo lavoro di rielaborazione delle categorie diagnostiche ed interpretative a partire dai nessi con la violenza, è un lavoro specifico che tocca compiere al mondo sanitario. I corsi di formazione centrati sugli operatori sanitari devono avere, non solo l'obiettivo di riconoscere la diffusione del fenomeno della violenza contro le donne, ma a partire da questo riconoscimento, devono avere l'obiettivo specifico di operare per una trasformazione delle procedure e dei modelli di intervento medico-sanitario.

---

<sup>1</sup> Elvira Reale ha coordinato in Italia a partire dal 1999 un progetto di ricerca: "Obiettivo 2001: Una Salute a Misura di donna". Hanno partecipato al progetto donne delle professioni sanitarie provenienti dalle Aziende sanitarie o dall'Università. Al centro del progetto la critica alla medicina *gender blind*, e la ricerca sui nuovi fattori di rischio: lavoro, ambiente, violenza nelle relazioni familiari.

Il gruppo così costituito presso il Ministero Pari Opportunità, dall'allora Ministro Laura Balbo, ha pubblicato: [Una salute a misura di donna](http://www.salumentaledonna.it/pubblicazione.htm). In (a cura di) E. Reale) Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute", Dipartimento Pari Opportunità, 2001, Roma. <http://www.salumentaledonna.it/pubblicazione.htm>

[La mente, il cuore, le braccia e... Guida alla salute delle donne](http://www.salumentaledonna.it/versions_pdf.htm) (a cura di: E. Reale) Atti Commissione Nazionale Pari Opportunità, 2003, Roma. [http://www.salumentaledonna.it/versions\\_pdf.htm](http://www.salumentaledonna.it/versions_pdf.htm)

Elvira Reale ha inoltre pubblicato con la Franco Angeli un testo sulla prevenzione della depressione che contiene al suo interno un capitolo centrale sulla depressione e l'eziologia da maltrattamento: "**Prima della depressione. Manuale di prevenzione dedicato alla donna**". Franco Angeli, 2008.

In questa prospettiva il Centro Clinico ha organizzato a partire dal biennio 2002-2003, un programma di seminari per gli operatori dei servizi sanitari. Tale programma formativo è stato ripetuto nel 2004 e nel 2006. Quest'anno (2008) Il nostro centro ha organizzato nella ASL Napoli 1 un corso ECM rivolto agli operatori (medici, infermieri ed assistenti sociali) dei pronto soccorso per la diffusione di materiale informativo e per l'eventuale apertura di sportelli finalizzati all'ascolto della violenza

Questi Seminari di formazione, promossi all'interno del mondo sanitario, rispondono ad un progetto di innovazione delle prassi sanitarie ed hanno avuto ed hanno tutt'ora come oggetto la costruzione di un percorso formativo in tre tappe centrato su: "conoscenza – trasformazione delle prassi sanitarie - prevenzione".

**“Conoscere per trasformare e prevenire”** costituisce oggi una linea unitaria per promuovere e sviluppare l'interesse del mondo sanitario al problema del contrasto alla violenza contro le donne e per coinvolgere sempre più ampiamente il mondo medico e le sue associazioni.

❖ La prima tappa , la conoscenza:

- conoscere l'estensione del fenomeno, sapere che una donna su quattro nell'arco della vita subisce violenza e che una donna su dieci subisce violenza nell'ultimo anno di vita.
- Conoscere il collegamento della violenza con i processi di formazione delle patologie. Ricerche in questa direzione sono state condotte a partire dalle donne che hanno subito violenza; scarse ancora sono le ricerche sulle patologie in donne che non hanno denunciato fatti di violenza. Ciò significa che il mondo medico non ha ancora mosso i propri passi in autonomia provvedendo a svolgere una indagine eziologica a tutto campo sulle patologie a più alto impatto tra la popolazione femminile, come ad esempio le patologie psichiche, quelle cardiovascolari e da stress.

Per questo motivo, data la scarsità di dati proveniente dal mondo sanitario, l'OMS ha posto agli operatori sanitari l'obiettivo di trasformare le prassi clinico-diagnostiche, inserendo in esse protocolli per la rilevazione delle condizioni di violenza.

❖ La seconda tappa, la trasformazione:

- trasformare l'attività diagnostica. Ciò deve significare inserire nelle pratiche cliniche la violenza come probabile co-fattore eziologico e di rischio; significa guardare al processo patologico non solo come un dato autonomo del *bios* ma anche come possibile conseguenza e prodotto di azioni esterne quale la violenza in tutti i suoi aspetti, da quella fisica a quella psicologica.

❖ La terza tappa, la prevenzione:

- la violenza denunciata spontaneamente dalla donna è la minima parte di un fenomeno molto più ampio e sommerso. La donna non conosce gli effetti della violenza sulla salute, non sa che tollerare la violenza ha costi elevati sull'equilibrio psico-fisico: informare la donna diviene allora il compito principale di ogni servizio sanitario che fa della prevenzione un suo obiettivo strategico. Elemento trainante della prevenzione è quindi un'adeguata

informazione rivolta alle donne sul valore patogeno della violenza a lungo tollerata.. Questa informazione sulla violenza ed i suoi effetti per la salute può viaggiare in vari modi: attraverso la diffusione di opuscoli informativi, questionari anonimi, l'affissione di locandine in tutti i luoghi sanitari in cui è alto l'afflusso delle donne: consultori, pediatrie, servizi di psichiatria, pronto-soccorso; studi dei medici di famiglia, ecc

- L'informazione deve però essere rivolta anche agli stessi operatori sanitari in modo sempre più diffuso e capillare perchè essi siano sempre più tecnicamente capaci di individuare, dietro la domanda di salute della donna, una richiesta di aiuto relativo all'uscita dal circuito della violenza.

#### **4. Gli ostacoli sulla strada della conoscenza: tre temi propedeutici alla formazione**

Infine dalla esperienza dei seminari condotti a Napoli, ma non solo, altri seminari sono stati condotti dal nostro Centro in molte altre città italiane (da Trieste a Siracusa) sono emerse alcune strategie per affrontare le resistenze degli operatori al cambiamento delle loro pratiche.

Gli operatori sanitari hanno evidenziato ostacoli interni ed esterni (modelli sociali, pregiudizi) come difficoltà ad accogliere ed introdurre nella loro pratica la tematica della violenza di genere.

Questi ostacoli riguardano tre aspetti di cui uno a carattere generale e due specifici per la scienza medica e le scienze psicologiche.

##### **1° Ostacolo.**

L'operatore sanitario se maschio, tende a leggere la violenza non in modo appropriato ovvero come violenza di genere dell'uomo sulla donna, ma come violenza criminale, violenza tout court. L'operatore sanitario per il proprio ruolo tende a percepirsi come esente dal problema, esente come uomo, ed in questa esenzione non riesce a leggere correttamente il fenomeno. Non solo non lo legge correttamente ma tende ad influenzare anche la parte femminile della struttura sanitaria, ovvero le operatrici sanitarie, che possono essere anche in numero maggiore ma che sappiamo rivestono ruoli in prevalenza subordinati.

In definitiva occorre che sia proposto agli operatori sanitari, quelli di genere maschile per intenderci, la possibilità di leggere la violenza maschile sulle donne come portato di fattori culturali legati ai ruoli sociali e non in senso "naturalistico e genetico". L'attribuzione di questo secondo significato alla violenza infatti può ingenerare la percezione di un dato imm modificabile della natura umana maschile; ovvero l'uomo può sentirsi investito del problema del "l'essere violento come maschio" senza possibilità di opporsi a ciò o senza possibilità di giocare un altro ruolo. La lettura non naturalistica, esplicitata in un "preambolo" alla formazione degli operatori sanitari, permette invece al singolo uomo, tecnico della sanità in questo caso, **non di giustificare la violenza, ma** di tirarsi fuori da un gruppo sociale indistinto, ed operare una scelta di campo che lo individui come colui che non giustifica la violenza di un suo simile, ma se vuole, può dissociarsi

dalla violenza contro le donne perpetrata dal proprio sesso, cercando di attuare una pratica di relazione non violenta, promotrice per tutti e tutte di benessere e salute.

Una informazione preliminare di questo tipo ad un seminario, che parte dal riconoscimento che la violenza maschile contro le donne non è necessitata da una appartenenza biologica ad un sesso in sè violento, può servire a far sì che un uomo, un operatore, non debba sentirsi pregiudizialmente inserito nel gruppo dei violenti o investito di una identità di violento, e di conseguenza può facilitare la possibilità di una co-operazione alla lotta contro la violenza alle donne, anche a partire dalla propria specificità professionale<sup>2</sup>

## 2° Ostacolo

Il secondo ostacolo riguarda il modo in cui la medicina affronta nella pratica clinica e nella ricerca il nodo delle patologie al femminile. Questo nodo ostacola il riconoscimento che la violenza possa essere un fattore di rischio per la salute della donna in molte patologie a largo impatto sulla popolazione femminile (patologie psichiche, gastroenterologiche, sessuali, cardiovascolari, ecc.)

Al contrario bisogna immettere nel contesto sanitario l'idea che la violenza può essere connessa con lo sviluppo di patologie. E' necessario che gli operatori sappiano che nel contesto sanitario il tema della violenza non è solo un problema di diritti, di giustizia, ecc. ma esso costituisce un problema diagnostico e terapeutico di importanza rilevante. Non è sufficiente cioè parlare di diritti, di leggi e di ingiustizie sociali, di disparità, è necessario che gli operatori sanitari siano convinti che tali disparità si trasformino in percorsi patologici, e devono essere convinti che, se non individuano nella loro pratica quotidiana il fattore violenza dietro alcune evidenze sintomatiche, possono andare incontro a pratiche scorrette e dannose per l'utenza, ovvero a diagnosi errate e a rischi iatrogeni di trattamenti inappropriati.

L'ostacolo su questa strada è allora uno solo: il pregiudizio medico che attribuisce come cause prevalenti delle malattie femminili i fattori biologici ( in primis lo specifico ciclo biologico e le variazioni ormonali). Questa attribuzione pregiudiziale crea una disparità evidente di trattamento tra uomini e donne che abbiamo chiamato: "segregazione di genere delle eziologie."<sup>3</sup> Ovvero nella scienza medica si assiste ad una ripartizione rigida delle eziologie, nell'ambito dei vari settori della salute, con l'attribuzione alle donne di fattori eziologici e di rischio prevalentemente biologico-ormonali ed una attribuzione agli uomini di fattori eziologici e di rischio prevalentemente ambientali e socio-lavorativi.

---

<sup>2</sup> In questa direzione si è mossa "La **Campagna del Fiocco Bianco**" (*White Ribbon Campaign*), che è una campagna internazionale di sensibilizzazione promossa da uomini contro la violenza alle donne.

La «Campagna del Fiocco Bianco» iniziò nel 1991, a Toronto, ed è oggi diffusa in più di 50 paesi in tutto il mondo. Il principio di base è l'importanza che uomini e ragazzi alzino la voce contro qualsiasi forma di violenza contro le donne. In Italia la prima campagna del fiocco bianco è stata lanciata dall'Associazione Artemisia nel 2006.

<sup>3</sup> E. Reale, Introduzione, Prima della depressione. Manuale di prevenzione dedicato alle donne. F. Angeli, pag. 17.

Su questo secondo aspetto del problema degli ostacoli alla formazione in ambito sanitario, si dovrà intervenire visualizzando da un lato, i pregiudizi della medicina che cooperano contro la salute delle donne, e dall'altro, le nuove evidenze scientifiche della medicina di genere.

### **3° ostacolo**

Come terzo ostacolo va affrontato un assunto diffuso soprattutto nelle scienze psicologiche che fanno parte a pieno titolo del mondo medico.

Si tratta della neutralità dell'osservatore, in questo caso il tecnico, neutralità dell'osservatore che si trasferisce in modo pregiudizievole anche sugli osservati.

Questo assunto del mondo medico che riguarda la relazione tra individui, considerati pregiudizialmente in condizione di parità, agisce anche quando questa relazione si declina come rapporto vittima – aggressore. Nelle scienze umane, così come si sono codificate nella storia, qualsiasi relazione umana osservata, anche se in essa sia evidente la condizione asimmetrica tra vittima ed aggressore, assume la caratteristica di una relazione equidistante da un centro, in cui ciascuno/a ha un ruolo sovrapponibile all'altro, e dove ambedue, vittima ed aggressore, sono confusi ed appiattiti in uno sfondo di corresponsabilità e collusione.

Su questo assunto, che appiattisce le responsabilità e annulla diritti delle persone a vedere riconosciute le lesioni alla loro libertà ed integrità psico-fisica, se ne iscrive un altro: l'appiattimento di responsabilità di fronte ad un terzo della relazione, il minore. Di fronte al minore, ancor più vige l'accordo tra scienze umane e pratica giudiziaria di azzerare le disparità di posizione tra vittima e carnefice e di appiattirle in uno scenario dove i due, in rapporto ai ruoli genitoriali, hanno uguali responsabilità di fronte al minore, qualunque siano i comportamenti violenti, penalmente rilevanti, assunti da uno dei due termini della coppia.

Di fronte a questo altro pregiudizio, che danneggia gravemente la donna maltrattata ed i minori, perché riduce la comprensione delle dinamiche concrete della vicenda di maltrattamento diretto e/o assistito, gli operatori sanitari devono acquisire un'altra prospettiva ed un'altra chiave di lettura sulla questione del rapporto vittima-carnefice.

L'informazione corretta sarà quella che sottrae il rapporto vittima-carnefice alla interpretazione appiattita delle scienze mediche e psicologiche e la riposiziona all'interno dei principi di tutela dei diritti umani delle persone e delle donne in particolare.<sup>4</sup> In questa

---

<sup>4</sup>. *“La violenza contro le donne è un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi dell'uguaglianza, dello sviluppo e della pace. La violenza contro le donne viola, indebolisce o annulla il godimento da parte delle donne dei diritti umani e libertà fondamentali..... In tutte le società, in misura maggiore o minore, le donne e le bambine sono soggette a violenza fisica, sessuale e psicologica secondo schemi che superano le barriere di reddito, classe sociale e cultura. La condizione sociale inferiore delle donne e le loro condizioni economiche di dipendenza possono essere sia una causa sia una conseguenza della violenza contro le donne.”.*

The United Nations Fourth World Conference on Women Beijing, China - September 1995 Platform for Action, objective D. Violence against Women

prospettiva la vittima è incolpevole e non corresponsabile di quanto le accade; la responsabilità è tutta a carico dell'aggressore, i cui comportamenti rientrano nel campo penale.<sup>5</sup> Se vi è riconoscimento della rilevanza penale di tali comportamenti, in nessuna altra sede (tribunale ordinario, tribunale minorile, centri di mediazione familiare, servizi sociali e quant'altro) si potrà procedere con i normali strumenti della psicologia ed in particolare con lo strumento della equiparazione delle responsabilità anche davanti a terzi (i minori).

Occorre anche qui una trasformazione delle pratiche sanitarie (mediche e psicologiche) che devono rifarsi a nuovi modelli interpretativi e di intervento per affrontare correttamente la relazione uomo-donna quando in essa si evidenzia la violenza ed il maltrattamento. Occorrerà che l'asimmetria, fonte di una condizione soggettiva traumatica, non sia smussata, ma che essa resti fino a quando non sia bene visualizzata in tutta la sua portata ed il suo impatto sulla salute della donna e dei minori (maltrattamento assistito). L'asimmetria quindi non va cancellata, da prassi medico-legali, ma acquisita e riconosciuta prima, e superata poi, solo quando vi siano stati:

1. riparazione del danno alla salute nella donna e nei minori
2. riconoscimento di responsabilità da parte del violento/maltrattatore e successiva dissociazione dai comportamenti fino a quel momento assunti come legittimi o impropriamente giustificati.

---

<sup>5</sup> Mai a nessuno viene in mente di pensare, quando ci troviamo di fronte ad una rapina, che vi possa essere una responsabilità della vittima nell'espone in vario modo alla vista del rapinatore beni, merci o quant'altro.