

“ LA VIOLENZA COME FATTORE DI RISCHIO IN GRAVIDANZA “

V. Dubini, P. Curiel, U.O. Ginecologia e Ostetricia , ASL 4- PRATO

Argomento per molto tempo “rimosso” dalla nostra pratica clinica e professionale per difficoltà, incapacità o scarsa conoscenza, 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 di prestigiosi organismi internazionali, che hanno contribuito a riconoscerne le drammatiche conseguenze sulla salute delle donne.

Nonostante questo, credo che sia ancora difficile per molti di noi, pensare a questa tematica come ad una questione di rilievo clinico e scientifico: generalmente si tende piuttosto a percepirlo come un problema marginale, scarsamente presente nelle società evolute come la nostra, comunque di pertinenza sociale e politica piuttosto che medico-ginecologica.

Parlare poi di violenza in relazione alla gravidanza rappresenta un "taboo" ancora più radicato : la gravidanza nella nostra società rappresenta un terreno privato e “sacrale”, all’interno del quale introdurre un argomento sgradevole come la violenza appare un atto stonato, intrusivo e dissacratorio. Del resto, anche accettando l’assunto di base che la violenza sulle donne abbia rilevanza come problema di salute pubblica, rimane difficile credere che la dimensione di questo fenomeno in gravidanza raggiunga una consistenza tale da renderlo interessante per una comunità scientifica e da far sì che debba considerarsi fra i fattori di rischio più diffusi. Con questa mia relazione cercherò di convincervi che il problema della violenza è ben presente, anche nelle società più evolute e rappresenta un importante fattore di rischio per il decorso della gravidanza: sono proprio gli operatori sanitari quelli ai quali spetta la responsabilità di riconoscere il problema, decodificando richieste spesso nascoste per vergogna o per paura, ed offrendo quella che l’ACOG ha definito “ window of opportunity”, che può essere in grado anche di salvare delle vite.

“Fare finta di non vedere e tacere rappresenta una forma di collusione”, ha scritto su “Birth”

Sheila Kitzinger circa un anno fa, e se il ruolo che noi rivendichiamo è quello di essere il “ medico della donna” , non possiamo tirarci indietro di fronte alla gravità di questo problema.

VIOLENZA E GRAVIDANZA : I DATI INTERNAZIONALI

Nel 1993 l’ONU ha definito la violenza contro le donne come “.... ogni atto che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o ingeneri sofferenza in una donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o l’arbitraria privazione della libertà, tanto nella vita pubblica che in quella privata.” Nel 1996 la WHO ha stabilito di adottare definitivamente questa definizione. Nonostante questa base comune di confronto, stimare l’incidenza delle varie forme di abuso non è cosa facile: gli studi sul fenomeno non sono sempre tra loro confrontabili per l’applicazione di criteri e metodologie diverse; inoltre gli episodi dichiarati rappresentano solo la punta di un iceberg, dal momento che moltissimi casi che accadono tra le mura domestiche non vengono riferiti, e che permangono alcune culture nelle quali la violenza dell’uomo sulla donna viene accettata e giustificata.

I dati dell’ WHO stimano comunque che nel mondo almeno una donna su tre sia stata picchiata o abusata sessualmente nel corso della propria vita, e che **una su quattro sia stata vittima di una forma di violenza in gravidanza**

Dobbiamo pensare che nel mondo, *ogni ora, una donna in gravidanza viene abusata.*

La violenza interpersonale risulta essere la 10° causa di morte per le donne comprese tra 15 e 44 anni (1998), e **la seconda causa di morte materna.**

La maggior parte dei dati disponibili, derivano dagli USA dove già da tempo esiste un'attenta sorveglianza su questo fenomeno: fonti governative rivelano che sono circa 1.500.000 le donne, di cui 334.000 in gravidanza, che subiscono violenza ogni anno, in questo paese.

La violenza commessa in ambito familiare da parte di un partner o di un ex partner, rappresenta l'evento più frequente, che supera il 90% dei casi in corso di gravidanza.

Di tutte le morti materne, il 20 % si stima che sia conseguenza di episodi violenti, e, nelle teenager il rischio di morte in gravidanza si presenta addirittura raddoppiato.

Dopo gli incidenti stradali, la violenza fisica rappresenta la seconda causa di traumi durante la gestazione.

Una metaanalisi di 14 studi, che riflettono la realtà di diversi paesi del mondo, riporta una incidenza di violenza in gravidanza variabile tra 0.9% e 20.1%: analizzando però 9 pubblicazioni, tra loro più omogenee per metodologia, si osserva che un'incidenza più realistica è stimata tra il 3.9% e l'8.3%.

Contrariamente a quanto potremmo aspettarci i dati che riceviamo dai paesi industrializzati non differiscono molto da quelli dei paesi non industrializzati, forse per il fatto univocamente riconosciuto che la violenza sulle donne è presente in forma endemica in tutti i paesi del mondo e coinvolge trasversalmente tutti gli strati sociali.

In effetti troviamo un'incidenza del 2-5% negli UK, 5.5-6.6% in Canada, 2.1-6.3% U(1) in USA, 4-9% in Australia, 11% in Svezia, 6-8% in Sud Africa, 13% in Nicaragua, 10.4% in Cina, 16% in Brasile.

Una recente review analizza i dati di letteratura pubblicati tra il 1966 e il 2001, relativi alla violenza contro le donne in gravidanza nei paesi in via di sviluppo e riporta una prevalenza complessiva del 4-29%, non poi di molto superiore a quella dei paesi sviluppati, come ci saremmo potuti aspettare.

Negli ultimi anni anche negli UK si è elevato il livello di attenzione riguardo a queste problematiche a causa del grido di allarme lanciato dal British Crime Survey, organo preposto alla sorveglianza del crimine, che, analizzando i dati relativi al periodo 1994-99, rivelava che il 50% di omicidi di donne erano perpetrati dal loro partner o ex partner, che il 35% di esse risultava avere subito atti di violenza in passato e il 12% anche in corso di gravidanza, e che complessivamente il 40% delle donne poi uccise si era rivolta almeno una volta al servizio sanitario senza per altro che gli operatori fossero in grado di riconoscere la situazione "di rischio". Non è di poco conto infine il dato relativo alle morti materne, 8 delle quali, pari al 2.1% delle donne uccise nel periodo 1997-99, erano attribuibili a violenza domestica. Questo dato è ancora più drammatico negli USA, dove raggiunge la soglia del 5%: inoltre nei dati relativi a questo paese, la predittività dell'abuso in gravidanza diviene ancora più consistente, dal momento che coinvolge il 25% delle donne poi uccise.

VIOLENZA E GRAVIDANZA: I DATI ITALIANI

In Italia esistono pochi dati sulla violenza in generale, e praticamente niente su violenza e gravidanza: la principale fonte ufficiale di informazioni di cui disponiamo è rappresentata dall'ISTAT, che pubblica i dati sulle denunce e non riporta niente di specifico riguardo a questo problema. In questi dati troviamo essenzialmente denunce per violenza sessuale che possiamo utilizzare come indice relativo di patologia intrafamiliare, in quanto il perpetratore della violenza appartiene all'ambiente familiare nel 79.3% dei casi. Premesso che fino al 1996 i reati per violenza carnale erano rubricati come atti contro la morale e non delitti contro la persona, i dati ISTAT più recenti, pubblicati nel '99 e riferiti al '97, riportano 3339 denunce per violenze sessuali con un tasso all'incirca di 10:100.000. Tale dato è certamente una sottostima del reale fenomeno dal momento che un'indagine a campione condotta tra il settembre 1997 e il gennaio 1998 sulla sicurezza dei cittadini, con interviste telefoniche, ci indica che solo il 32% delle donne che avevano subito uno stupro hanno poi sporto denuncia, e addirittura l'1.3% se lo stupro era stato "solo" tentato. Inoltre la denuncia avviene più frequentemente se si tratta di estranei (15.5%), mentre i

familiari sono in qualche modo protetti e denunciati solo nel 4%. E' comprensibile quindi come il maltrattamento familiare sia ancora più difficile da indagare attraverso le denunce, e come questi dati possano dare solo un'idea del tutto indiretta della presenza di violenza in famiglia.

Una ricerca condotta a Trieste nel 1998 su 510 utenti dei Servizi Socio-Sanitari, evidenziava come nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 9.2% del campione aveva subito violenze fisiche, il 2.5% violenze sessuali, l'11% minacce, 33% insulti, 13.3% violenze psicologiche. Il 34.4% delle donne, poi, riferiva almeno una violenza fisica nell'arco della vita. Nella coppia, venivano riportate violenze dal 6.3% delle intervistate e nell'80% dei casi si trattava di una condizione cronica. L'80% delle donne maltrattate riferiva conseguenze sulla propria salute.

Un altro studio campione si riferisce a 5000 donne, afferenti ad un servizio di Igiene mentale, osservate sistemicamente nell'arco di 20 anni, per le quali era stato rilevato nell'80% una storia di maltrattamenti verbali o psicologici da parte del partner, ai quali si univano, nel 30% dei casi, anche maltrattamenti fisici.

Uno studio limitato, ma interessante perché incentra l'attenzione proprio sul capitolo gravidanza, riguarda 300 donne intervistate in alcuni consultori fiorentini nell'anno 2000: il 30% di queste utenti riferiva episodi di maltrattamento nel corso della vita e il 22% nel corso della gravidanza.

Come si vede nella realtà italiana mancano completamente dati di prevalenza sul fenomeno e molto può e deve essere fatto per una migliore conoscenza.

LA VIOLENZA DURANTE LA GRAVIDANZA

Uno dei miti più diffusi, anche tra noi operatori, è che la gravidanza risulti in qualche modo protettiva nei confronti della violenza e dei maltrattamenti: esiste invece una corposa letteratura in grado di dimostrare con evidenza che la violenza non risparmia la donna neppure durante questa fase della vita e anzi può cominciare o inasprirsi proprio in questo periodo.

In realtà la gravidanza rende la donna più vulnerabile, riducendo tra l'altro la sua autonomia sia emotiva che finanziaria: i cambiamenti legati alla gravidanza possono essere vissuti dal partner come un'opportunità per stabilire potere e controllo sulla donna.

Non è un caso che il 30% dei maltrattamenti hanno inizio proprio in gravidanza, specie nel secondo e terzo trimestre, che il 69% delle donne maltrattate prima della gravidanza continuano a subire maltrattamenti e che nel 13% dei casi si assiste anzi ad un'intensificarsi ed aggravarsi degli episodi. Anche il puerperio rappresenta un momento di particolare rischio, in cui è possibile che ricomincino comportamenti violenti cessati in precedenza.

Molto raramente si tratta di episodi isolati, il più delle volte sono invece aggressioni che si ripetono almeno due volte nel corso della gravidanza (60%) o anche più spesso (15%).

Gli organi più colpiti sono l'addome, il seno e i genitali: talvolta può associarsi anche abuso di carattere sessuale (1-2%).

I principali fattori di rischio individuati sono una storia di violenza precedente (OR 67.6 95% IC 27.3-167.2), una gravidanza indesiderata, con un aumento del rischio di violenza di circa 4 volte, e la giovane età: in letteratura questo dato è costante, e più giovane è l'età della donna più aumenta il rischio di violenza, con un picco tra 16 e 19 anni, quando il rischio è aumentato di circa 3 volte. Anche le donne appartenenti a gruppi etnici immigrati sono più esposte al rischio di maltrattamento, per di più con difficoltà maggiori nell'accedere ai servizi e ad esprimere i propri problemi in assenza del partner, che svolge spesso il ruolo di interprete. Uno studio condotto negli USA e pubblicato nel 2002 da Am J Public Health rileva che le donne di razza nera hanno un rischio di maltrattamento significativamente maggiore (RR 3.3 vs 2.6), specie se minorenni (RR 5.54).

Un partner con problemi di alcolismo, l'aver poche persone attorno con le quali confidarsi, la difficoltà a socializzare, una situazione cronica di stress, sono poi fattori di rischio aggiuntivi.

Esistono dei link comprovati con la presenza di asma ed epilessia, particolarmente nei casi più gravi, e anche con l'utilizzo di alcool, droghe e farmaci psicotropi da parte delle vittime. Chiaramente questi sono tutti fattori che si influenzano l'uno con l'altro in una spirale che tende ad automantenersi.

I motivi principalmente addotti dal partner sono la gelosia nei riguardi del nascituro, la rabbia verso una gravidanza non voluta o l'ostilità verso la gravidanza in sé che non permette alla donna di occuparsi dell'uomo come prima.

CONSEGUENZE SULLA SALUTE DELLA MADRE E DEL FETO

La violenza in gravidanza assume un particolare rilievo in quanto le persone offese sono due: la gestante ed il feto.

Tra l'altro è noto che esiste una relazione tra violenza in gravidanza e rischio di abuso sui figli: il partner che abusa della madre ha probabilità di avere un comportamento violento con i figli in una percentuale che oscilla tra il 40% ed il 60% .

La violenza esercita i suoi effetti negativi sulla gravidanza in maniera diretta o indiretta.

Sulla madre il rischio maggiore è ovviamente rappresentato dalla morte, che, come abbiamo visto, rappresenta un' evenienza da non sottovalutare: l'aver subito un abuso in gravidanza rappresenta comunque un marker estremamente sensibile anche per il futuro: il rischio di morte violenta aumenta infatti di 3 volte rispetto alla popolazione generale, e deve per tanto essere seriamente preso in considerazione.

Ci sono poi tutti gli effetti dei traumi provocati, che si presentano con una frequenza minore solo a quella dei traumi stradali, e che comportano un tasso di ospedalizzazione doppio rispetto alle altre donne in gravidanza, sebbene solo il 23% delle donne battute si rivolgono al Pronto Soccorso per medicazioni.

Iperemesi gravidica, algie pelviche e infezioni del tratto urinario sono condizioni di patologia materna, che si associano frequentemente all'abuso : talora comunque il ricovero si rende necessario anche in presenza di patologie più sfumate e scarsamente definibili, e può risultare evidente la volontà di rimanere più a lungo possibile in ospedale rimandando la dimissione .

La violenza può associarsi a MST incluso l'HIV, ad esacerbazione di malattie croniche quali il diabete e l'ipertensione a causa dello stress legato al trauma, a depressione ed altra patologia della salute mentale, tra l'altro con difficoltà ad abbandonare l'uso di farmaci talora controindicati in gravidanza.

Un "case report" di recente pubblicazione, riporta la storia di una donna si era presentata in ospedale in stato di shock emorragico alla 37° settimana: si era poi compreso che tale stato derivava da una rottura di milza provocata 8 giorni prima, dai maltrattamenti del partner violento. La donna aveva omesso di rivolgersi al Pronto Soccorso fino a quel momento.

Una correlazione con la "blu sindrome" è stata inoltre ipotizzata.

Per quanto riguarda gli effetti sul feto, ricordiamo innanzitutto che in questa popolazione sono più frequenti gravidanze indesiderate o misconosciute e ritardo nelle cure prenatali: si calcola che una buona percentuale di donne abusate arrivi alla prima visita nel 2-3° trimestre, ed è comunque riscontro comune che alcuni controlli non vengano effettuati o che alcuni appuntamenti vengano "*dimenticati*". Gli aborti volontari hanno maggiore incidenza in donne sottoposte a violenza.

Comportamenti a rischio come fumo abituale (32% vs 16%), uso di alcolici (22% vs 16%) e assunzione di farmaci psicotropi o droga (RR 3.6) si associano con maggiore frequenza alla gravidanza violenta, così come può essere presente un'associazione con epilessia (5.6% vs 1.3%), asma (22.5 % vs 12%) e ridotto incremento ponderale.

Molti studi riportano un' aumentata incidenza di minaccia di aborto e di aborto, in particolare poliabortività (>3), con numero di eventi negativi proporzionale alla gravità dell'abuso.

Rottura d'utero, distacco di placenta, parto pretermine, morte fetale, corionamniotite e preeclampsia sono altre patologie che negli studi risultano variamente associate alla violenza domestica.

Il problema degli studi che si occupano delle conseguenze della violenza sulla gravidanza è rappresentato dal fatto che le modalità di indagine, i campioni analizzati e i parametri considerati, sono spesso diversi : si ottengono così risultati contraddittori e non sufficienti a raggiungere evidenza statistica. L' unico dato concordemente significativo da un punto di vista statistico del

quale si è ricevuto conferma anche da una recente metaanalisi di 14 lavori pubblicati in Europa e nel Nord America, è l'esistenza di una associazione tra violenza in gravidanza e basso peso alla nascita, che si mantiene anche quando i dati vengano corretti eliminando possibili bias come uso di alcool, droga o ridotto aumento ponderale materno (OR 1.4).

Il meccanismo attraverso cui la violenza agisce in tutte queste condizioni non è ben chiaro, ma probabilmente esiste un effetto **diretto** del trauma addominale, con conseguente rilascio di prostaglandine e attivazione dell'attività contrattile, ed uno **indiretto** mediato dallo stress con rilascio di catecolamine, vasocostrizione ed ipossia fetale.

E' chiaro che a tutto questo possono poi associarsi negativamente altri fattori come il fumo, l'alcool, l'uso di droghe, la ridotta o tardiva cura prenatale.

IL RUOLO DEI SANITARI

Abbiamo visto che la violenza contro la donna rappresenta un problema reale, frequente e drammatico. Anche se le casistiche non indicano sempre un danno certo, sistematico e quantificabile della violenza sulla gestante e sul feto, non c'è dubbio alcuno che una "gravidanza violenta" debba essere considerata una "gravidanza a rischio". La violenza in gravidanza è più frequente di molte patologie quali diabete gestazionale, preeclampsia, difetti del tubo neurale e placenta previa, per le quali ciascuno di noi non avrebbe dubbi circa l'esecuzione di uno screening: non si può dunque pensare che anche in questo caso, i sanitari non debbano farsi carico del problema, attivando tutti gli strumenti possibili per l'individuazione del rischio.

L'indagine sui maltrattamenti intrafamiliari rappresenta un terreno estremamente scivoloso, sia perché spesso i segni dell'abuso non sono evidenti, sia perché la donna stessa tende a coprire la realtà per paura, vergogna, timore dell'intervento dell'autorità giudiziaria. D'altra parte il personale sanitario tutto e noi ostetrici-ginecologi in particolare non siamo abituati a considerare l'esistenza del problema e siamo poco preparati a farlo, per cui tendiamo a ignorare o minimizzare anche quei segnali che potrebbero far comparire il sospetto: l'idea che la violenza domestica sia una faccenda privata nella quale è opportuno non intromettersi, la mancanza di competenze tecniche e di risorse, il timore di offendere la persona che abbiamo davanti, la paura di scoperchiare un vero e proprio "vaso di Pandora" senza avere poi la capacità di trovare risposte, la mancanza di tempo, sono le motivazioni addotte con maggiore frequenza.

Non è inoltre infrequente il timore di essere coinvolti come testimoni ed è ben nota la difficoltà dei contatti con l'Autorità investigativa e giudiziaria.

Questo accade in tutti i paesi dove il problema è stato analizzato, e a maggior ragione è comprensibile nel nostro paese nel quale, come abbiamo visto, questi temi sono ampiamente negletti e disattesi.

Eppure, paradossalmente, la gravidanza costituisce una grandissima opportunità per svelare una situazione di maltrattamento: la maggior parte delle donne seguono un programma di controlli prenatali ed hanno quindi ripetute occasioni di entrare contatto con il Servizio Sanitario e con operatori con i quali si crea facilmente un rapporto di confidenza e di fiducia; inoltre il timore delle possibili conseguenze per il suo bambino spinge la donna ad aprirsi con maggior facilità.

Uno studio di Norton e coll. ha mostrato come una singola domanda riguardo l'esistenza o meno di situazioni violente in famiglia porta ad individuare una percentuale di donne abusate del 1%: il ripetere la domanda due o più volte, fa salire questa percentuale al 10%

Si capisce dunque quanto sia importante essere consapevoli di questa responsabilità che abbiamo, e quanto possa essere liberatorio offrire l'opportunità di aprire quella finestra che probabilmente da molto tempo la donna battuta avrebbe voluto aprire..

Esistono certamente dei segnali che possono essere colti, una volta acquisita l'abitudine di pensare a questo problema e assunta la consapevolezza dell'importanza che la questione riveste: per esempio iniziare tardivamente le cure antenatali, mancare senza motivo alcuni appuntamenti, manifestare

eccessiva ansietà nei confronti del decorso e dell'esito della gravidanza, apparire insicura o infelice e depressa; anche nel partner possono essere osservati dei comportamenti abbastanza caratteristici ed indicativi come eccessiva sollecitudine, tendenza a non lasciare mai da sola la donna e a rispondere al posto suo, magari correggendo le risposte. Non aspettiamoci invece un personaggio con caratteristiche necessariamente legate all'emarginazione: i dati delle case di accoglienza delle donne maltrattate mostrano come oltre il 60% dei partner violenti siano "insospettabili", e solo una minoranza presenti problemi di alcool (9%), droga (8%), o precedenti penali (9%).

Possono poi essere osservati lividi o ferite, solitamente in vario stato di guarigione. Anche una storia di aborti ripetuti, parti pretermine, bambini con basso peso alla nascita, distacco di placenta, infezioni urinarie ricorrenti, sanguinamenti, o anche sintomi sfumati, segni comunque di una qualche forma indefinita di disagio, debbono far pensare all'eventualità di una condizione di " gravidanza violenta".

Ma anche in assenza di questi sintomi, è necessario indagare su questo argomento analogamente a come facciamo per altri argomenti altrettanto spinosi (uso di alcool, uso di droga, ecc.): pensare che in media l'8% delle gravidanze può essere gravato da questo fattore di rischio, deve far pensare a come in una maternità di 2500 parti, com'è la realtà nella quale io lavoro, ogni anno passano 200 donne con questi problemi, delle quali certamente una gran parte rimane misconosciuta.

ACOG, RCOG e RCM, la Società Canadese e quella Australiana di Ostetricia e Ginecologia, hanno dato indicazione mandatoria che uno screening su maltrattamenti e violenza venga effettuato routinariamente su ogni gestante. Devono far riflettere i dati di un'indagine condotta nei Paesi Scandinavi sulla violenza domestica che evidenziava come soltanto il 2% delle donne abusate aveva parlato del proprio problema con un ginecologo: questo significa che se la domanda non viene posta direttamente è molto difficile che le donne si aprano spontaneamente, e che comunque la capacità di squarciare il muro di gomma, rappresentato dalla violenza domestica, è ancora lontana dall'essere ottimale. La questione dello screening non è comunque una questione semplice né scontata: recentemente su BMJ si è assistito ad un interessante dibattito proprio riguardo all' utilità dell'esecuzione dello screening.

A scatenare la "querelle" è stato un articolo di Ramsey et al. pubblicato nell'Agosto 2002: una metanalisi di 2520 articoli che arrivava alla conclusione della mancanza di evidenza circa l'utilità di effettuare uno screening, quando si consideri il miglioramento delle condizioni delle donne maltrattate. Lo stesso articolo riportava comunque come l'uso dello screening aumentava di 7 volte la probabilità di individuare una donna vittima di violenza (parametro non contenuto in tutti gli studi considerati), affinava complessivamente le capacità degli operatori, ed era ben accetto dal 78% delle donne, e dal 68% delle donne abusate. E' peraltro a basso costo ed in grado di ridurre i non trascurabili costi di ogni donna battuta (92% in più rispetto ai costi annui delle altre donne in gravidanza).

Gli argomenti di chi si dice contrario sono la non evidenza dell'utilità in termini di cambiamento per le donne abusate, e il fatto che 2/3 dei medici e 1/2 degli infermieri non è d'accordo sull'esecuzione del test.

Come abbiamo detto, comunque, le indicazioni di molte prestigiose società scientifiche indirizzano ad eseguire routinariamente alcune domande riguardo la violenza domestica : le *raccomandazioni* principali riguardano il rispetto della confidenzialità, l'offrire alla donna la possibilità di essere sola nel corso del controllo, l'offrire un interprete che non sia il partner, quando si parla con donne immigrate, sviluppare programmi di formazione e di acquisizione delle conoscenze delle risorse per gli operatori implicati, fornire informazioni circa le possibilità che il territorio offre per uscire dalla situazione violenta, ripetere la domanda più volte.

Può essere utile inoltre mettere in evidenza poster e materiale pubblicitario, con numeri telefonici dei servizi di accoglienza, negli ambulatori, negli ospedali, nelle toilette, dove la donna può con calma scriversi il numero telefonico senza rischiare di essere scoperta dal partner abusante.

E' certamente un messaggio positivo inserire nel materiale predisposto per le informazioni anamnestiche antenatali, una domanda sull'eventuale presenza di una qualche forma di violenza,

come lo è per altri fattori di rischio: anche se la donna negherà, saprà però che noi stiamo prendendo in considerazione il suo problema e ne riconosciamo la possibilità.

E' utile in ogni caso che vengano elaborate delle linee guida che tengano conto della realtà locale nella quale ci si trova ad operare.

Le cose che *non devono essere* fatte sono invece mettere in pericolo la donna parlando della violenza di fronte al partner, mostrare incredulità o meraviglia, minimizzare, dire come ci comporteremmo noi al posto suo, forzarla a parlare, forzarla a sporgere denuncia, documentare eventuali lesioni o reperti in assenza del suo consenso, avere un atteggiamento "giudicante".

Come operatori dobbiamo capire che abbiamo una tremenda responsabilità in questo senso, in quanto siamo i primi che possiamo cogliere segnali di aiuto, mentre un approccio non corretto può contribuire a peggiorare la situazione psicologica della donna violentata, allontanandola dalle istituzioni e quindi dalla possibilità di individuare una strada per uscire dall'inferno dell'abuso. Certamente abbiamo bisogno di informazioni e di formazione in questo campo. In mancanza di questo non è sufficiente neppure la buona volontà.

.Conoscere i problemi, decodificare la richiesta, superare i pregiudizi personali, saper ascoltare e rassicurare le pazienti, costituiscono la condizione di base per una prima accoglienza di queste donne.

Inoltre non può mancare uno stretto rapporto di collaborazione con gli altri servizi, con le strutture territoriali e con l'Autorità giudiziaria.

CONCLUSIONI

Spero di avervi convinti che la violenza contro la donna, anche in pieno occidente, è un problema reale: la rimozione fin qui attuata da istituzioni, strutture e operatori per incapacità, difficoltà o fastidio non è più giustificabile. Spero di avervi convinti anche dell'importanza degli operatori sanitari tutti, e di quelli che operano in ambito ostetrico-ginecologico in particolare, nell'influire, nel bene e nel male, sulle donne vittime di violenza.

Tali operatori dovranno essere sensibilizzati al problema e ben preparati alla gestione dei casi, anche attraverso l'insegnamento nei corsi di laurea e nelle scuole di specializzazione. Le istituzioni dovranno a loro volta impegnarsi per la creazione di centri antiviolenza con personale valorizzato, motivato e sostenuto, e di una consistente rete territoriale.

Per quanto riguarda noi ostetrici-ginecologi, non si può non segnalare la caparbia con cui l'AOGOI negli ultimi anni si è impegnato a diffondere una cultura su questi tematiche, perseguendo tenacemente l'obiettivo, ancora lontano, di farle diventare parte integrante delle nostre conoscenze. Si è promossa la creazione di un gruppo di studio e di lavoro sul problema, che ha stilato cartelle per la raccolta dati, protocolli di intervento e un sito internet, parte del sito stesso dell'AOGOI, per tutti quelli che si interessano al problema. Si sono tenuti corsi di preparazione del personale mettendo a comune esperienze diverse ed è stato organizzato un primo congresso nazionale, simbolicamente tenutosi a Firenze l'8 Marzo del 2003.

Questo gruppo potrebbe costituire un primo riferimento per arrivare ad una proposta di linee guida applicabili nel nostro Paese, da seguire in gravidanza riguardo all'individuazione della violenza domestica. E sarebbe auspicabile che nel nostro prossimo Congresso Nazionale ci trovassimo a discutere questo spinoso argomento, che richiede l'adesione consapevole di noi tutti.

Medici dei Pronto Soccorsi, medici di base, ginecologi, pediatri, ostetriche, infermieri, tutti devono imparare a svolgere il loro ruolo responsabile e cosciente in questo delicato ambito: ma non v'è dubbio alcuno che è nella società prima di tutto che permangono e si alimentano i pregiudizi sulla differenza di genere e la cultura del predominio e della prevaricazione. Sono proprio le attitudini sociali e non solo le leggi ed i provvedimenti di aiuto alle vittime che devono cambiare. Come è stato detto, solo quando la donna potrà assumere realmente nella società un ruolo paritario, la violenza non sarà più una norma in qualche modo tollerata, ma soltanto una aberrazione inaccettabile.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ramsey J et al. " Should Health Professionals Screen Women for Domestic Violence? Systematic Review" . BMJ 2002; 325:314-326 Heise L , et al " Ending violence against women". Population Report, Series L, No.11 –December 1999.
- 2) UNFPA "State of the World Population – 2000"..
- 3) Kurram N. et al. " Violence Against Pregnant Women in Developing Countries. Review of violence". Europ J of Publ Health 2003; 13,2: 105-107
- 4) Beck L. et al. "PRAMS, 1999". Surveillance Summaries 2002; 51,SS-2: 1-27
- 5) Gazmararian J. A. et al. " Violence and reproductive Health: current Knowledge and Future Research Directions" Matern Child health j 2000; 4,2: 79-84
- 6) Kerstin E. et al. " Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked ". Midwifery 2002; 18: 268-278
- 7) Talamanca IF et al. "La violenza contro le donne" in: Geddes M. " La salute in Italia", rapporto 1999. pp.113-129. Ediesse,1999.
- 8) McGrath ME. et al. « A prevalent survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients". Obstet Gynecol, 1998; 91:511-514
- 9) ISTAT "Indagine sulla sicurezza dei cittadini '97-'98"
- 10) ISTAT (1999), Statistiche giudiziarie penali, anno 1997, Annuari",6.
- 11) OMS "Aide-Mémoire" n.241,2000.
- 12) Romito P. " I servizi socio-assistenziali e Sanitari e la violenza contro le donne" Rapporto di ricerca. 1998; Comune di Trieste, ASL 1, Regione Friuli-Venezia Giulia.
- 13) McKenna D. et al. " Domestic Violence in late pregnancy and splenic injury: delayed presentation". Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 95-96.
- 14) Lee R. et al." Intimate partner violence and women of color: a call for innovations" Am j of Publ Health 2002; 92,4: 530-534.
- 15) Sharps P. et al. " Health Care Providers Missed Opportunity for Preventing Femicide": Prev Med 2001; 33:373-380
- 16) Saunders E. et al. "Screening for Domestic Violence during Pregnancy" Int j Trauma Nurs 2000; 6:44-7.
- 17) Janssen P. et al. " Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study". Am j Obstet Gynecol 2003; 188,5:1341-47
- 18) Johnson J.K. et al. " The prevalence of domestic violence in pregnant women" BJOG 2003; 110:272-275.
- 19) RCOG "Why mothers die 1997-99. Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the UK. London:RCOG Press.2001.
- 20) Amaro H. et al. " Violence during pregnancy and substance abuse" Am j Public Health 1990; 80:575-9
- 21) McFarlane J: et al. " Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA 1992; 267:3176-8.
- 22) Berenson B. et al. " Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women" . Am J Obstet Gynecol 1994; 170,6: 1760-1769.
- 23) Campbell J. " Health consequences of intimate partner violence". Lancet 2002; 359:1331-36
- 24) Valladares E. et al. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua" Obst Gynecol 2002, 100,4: 700-705.
- 25) Royal college of Midwives. " Domestic abuse in pregnancy" London: RCM,1999.
- 26) Kitzinger S. "Silence is collusion" Birth 2002; 29,3: 207-209.
- 27) Barclay I. et al. " Gynecologist could help identify sexual, physical and emotional abuse" Lancet 2003; 361: 2107-2113.
- 28) Norton LB. Et al. " Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods". Obstet Gynecol 1995; 85:321-325.