

La violenza domestica in Medicina Generale: un'indagine multiculturale

Giulia Perissinotto, Anna Maria Carraro, Raffaella Michieli

Tirocinante Scuola di Formazione in Medicina Generale; Medico di Medicina Generale; Responsabile Area Salute Donna, SIMG

La violenza domestica (VD), secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è rappresentata da "ogni forma di violenza fisica, psicologica o sessuale che 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 relazione di carattere parentale o affettivo"¹. A livello mondiale si stima che la VD sia causa di morte o di disabilità grave quanto il cancro e sia una causa di cattiva salute (conseguenze fisiche e psicologiche) più importante degli effetti degli incidenti stradali e della malaria combinati insieme².

Inoltre gli studi dimostrano che le donne vittime di violenza costano alla società più del doppio in termini di accessi in Pronto Soccorso (PS), utilizzo di servizi quali gli ambulatori ginecologici o del medico di medicina generale (MMG), e uso di psicofarmaci^{3 4 5}.

Tuttavia, pur intuendo che la VD sia un problema da affrontare, e che parlarne rappresenti il primo passo, esigui sono i dati nazionali, per lo più ricavabili dai centri antiviolenza e poco si conosce dell'impatto di questa situazione nella Medicina Generale⁶.

Poiché il MMG rappresenta spesso il primo contatto medico da parte del paziente con il quale mantiene un rapporto continuativo anche nell'ambito familiare, egli dovrebbe essere la figura maggiormente preposta all'attenzione del fenomeno della violenza.

Abbiamo quindi deciso di sviluppare un questionario composto da un'introduzione esplicativa contenente la definizione di violenza da parte dell'OMS e le motivazioni del nostro studio, e da dieci domande sulla VD che indagano, tra l'altro, l'uso di psicofarmaci e sostanze di abuso, l'auto-percezione dello stato di salute e il rapporto medico-paziente.

Il questionario, completamente anonimo, è stato tradotto in 4 lingue (inglese, francese, cinese e bengalese) e distribuito personalmente a tutte le donne afferenti agli studi di otto medici di Medicina Generale della provincia di Venezia nel periodo tra agosto ed ottobre 2010.

Il campione finale è formato da 153 donne tutte maggiorenti (età minima 19 anni, età massima 84 anni): il 91,5% italiane e l'8,5% straniere; il 63,4% sposata/convivente, il 16,9% nubile, il 9,2% separata/divorziata e il 6,6% vedova.

Nel 51,7% si tratta di donne lavoratrici, il 40,5% sono casalinghe/pensionate e l'1,31% studentesse.

L'esiguo numero di straniere nel campione è dovuto al ritardo nell'acquisizione del questionario tradotto nelle varie lingue; il nostro progetto è di ampliare lo studio per avere un quadro più completo sulla situazione di queste donne che ormai fanno parte della nostra realtà ambulatoriale.

I risultati ottenuti rispecchiano quelli della letteratura: la prevalenza long-life della VD nel nostro campione è del 25%, con una maggior presenza di violenza psicologica (46%) seguita dalla violenza fisica (13%) e da quella sessuale (10%). Abbiamo rilevato anche comportamenti violenti di diversa natura avvenuti nello stesso ambiente domestico (violenza fisica + psicologica 18%, fisica + psicologica + sessuale 10%).

Nel 46% dei casi l'aggressore è il partner, nel 31% un familiare e nel 23% un ex-partner; nel 69% dei casi si è trattato di episodi reiterati nel tempo.

La fascia di età apparentemente più colpita è quella tra i 36 e i 45 anni ma, essendo la domanda riferita a violenza avvenuta nell'intero arco della vita, donne di età superiore potrebbero aver raccontato esperienze accadute loro in età più giovane.

Abbiamo indagato poi lo stato di salute così come percepito dalle donne stesse, attraverso una scala che prevedeva 4 possibilità: cattivo - abbastanza cattivo - buono - molto buono.

È emerso che ben il 25% delle donne che hanno subito violenza ha una percezione negativa del proprio stato di salute (12,5% cattivo, 12,5% abbastanza cattivo) contro solo l'8% delle donne che non l'hanno subita. Inoltre tra le donne di quest'ultimo gruppo nessuna percepisce il proprio stato di salute come "cattivo".

Per raccogliere dati sull'utilizzo di psicofarmaci, possibile specchio di questo disagio, abbiamo chiesto alle donne se assumessero farmaci per la depressione, l'ansia o l'insonnia: è emerso che nel campione di donne vittime di VD, l'uso di psicofarmaci è di circa 1/3 superiore alle restanti (66,7 vs. 40,4%) con un maggior utilizzo di farmaci contro la depressione (42,3%).

Il dato più utile per capire le possibili conseguenze della VD è quello che si ricava dalle risposte alla domanda se tale farmaco

fosse stato sempre assunto o se la sua necessità fosse subentrata dopo l'accaduto: ben il 74% ha dichiarato di averne avuto bisogno solo dopo l'episodio di violenza, gettando le basi per una correlazione positiva tra violenza e utilizzo di psicofarmaci.

Sembra che anche se è passato del tempo dalla violenza, anche se le ferite fisiche si sono rimarginate, anche se si è liberata del proprio aggressore, la donna continui a percepire, in molti casi, la propria salute come negativa.

A lungo termine la violenza porterebbe le donne che l'hanno subita a conseguenze tali da indurre disagi psicologici meritevoli di un trattamento farmacologico.

Per quanto riguarda l'abuso alcolico (calcolato in base al consumo di bicchieri/die) e l'uso di stupefacenti, i dati ottenuti non mostrano particolari differenze tra i due gruppi, ma è da tenere in considerazione che, in entrambi i casi, molte donne hanno preferito non rispondere alle domande inerenti questi argomenti.

Tutti i risultati finora riportati concordano con i dati della letteratura e con i dati ricavabili dagli studi dell'ONVD (Osservatorio Nazionale Violenza Domestica) secondo i quali 1 donna su 4 ha subito VD nell'arco della vita, per lo più da parte di partner o ex-partner e in maniera ripetuta nel tempo; la violenza psicologica rimane la forma di violenza più frequente ⁷.

Quello che ci è sembrato interessante indagare, e che non è riportato in letteratura, è se il rapporto medico-paziente abbia un ruolo nell'ambito del problema della VD. Abbiamo quindi chiesto alle donne che avevano subito VD se ne avessero mai parlato con il loro medico di famiglia e, nel caso di diniego, il motivo che le aveva spinte a non parlarne. Crediamo infatti che, anche se non risolutivo, il colloquio con il proprio medico di famiglia possa essere un modo per esternare la propria sofferenza confrontandosi con una persona preparata ad accoglierla.

È emerso che il 61% non ne ha parlato con il proprio medico: si tratta soprattutto di donne che hanno subito violenza di tipo fisico o sessuale.

Abbiamo quindi fornito un elenco di possibili risposte alla domanda, riportando motivazioni ricavate dalla letteratura concernente altri temi in cui il rapporto medico-paziente è risultato difficile (ad esempio il parlare di disfunzioni sessuali) (Fig. 1).

Il 29% pensa che il medico si occupi di altre cose, soprattutto problemi fisici e il 17% pensa che la VD si risolve in famiglia, e questo rientra nella paura dei giudizi da parte delle altre persone.

Ci sembra importante sottolineare che il 21% sostiene che il medico non ha mai posto domande relative a questo eventuale problema.

Dobbiamo, quindi, porci per primi le domande: abbiamo posto abbastanza attenzione alle parole dette dalle nostre pazienti? Abbiamo raccolto i segnali che alcune di esse hanno trovato la forza di mandarci? Conosciamo i codici del linguaggio necessario per affrontare il tema della violenza, come facciamo per qualsiasi altro problema clinico? Siamo in grado di accogliere la sofferenza di queste pazienti?

Abbiamo rilevato anche che il 4% delle intervistate ha paura che il medico possa parlarne con i propri famigliari, riportando alla luce l'importanza da parte nostra di sottolineare sempre con gli assistiti che il segreto professionale copre tutte le informazioni che la paziente vorrà riferirci.

Infine l'8% preferisce rivolgersi ad altre figure professionali come avvocati e forze dell'ordine.

In conclusione, se il MMG prendesse coscienza dell'alto numero di donne tra le sue pazienti che potrebbero aver subito uno o più episodi di VD, presterebbe magari maggior attenzione nel riconoscerne i "campanelli d'allarme" (aumento dei problemi della sfera genitourinaria, ginecologica e gastroenterica, di mutamenti in senso negativo dell'umore o perdita dell'autostima).

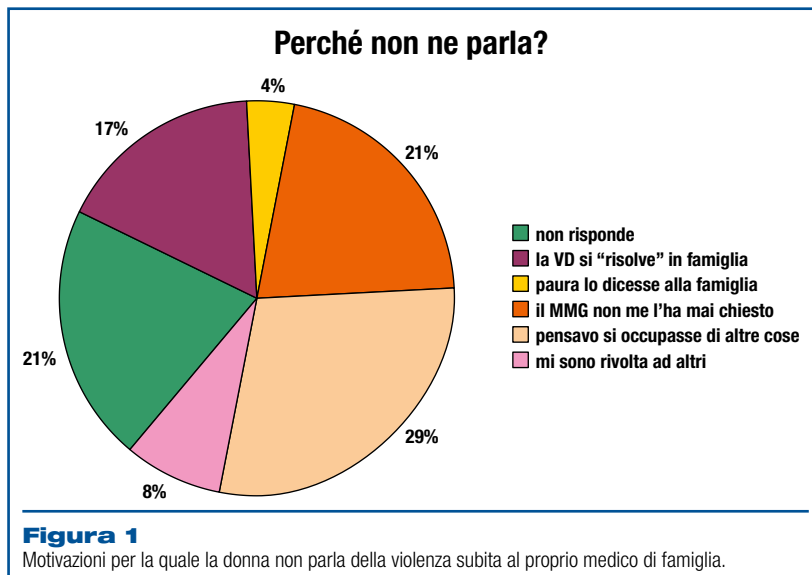
In realtà la mancata conoscenza del fenomeno e l'enorme carico di lavoro quotidiano legato alle patologie croniche, rendono difficile al MMG accorgersi che questi possono essere segni indiretti di un qualche tipo di VD ^{5 8 9}.

Il MMG è chiamato inoltre a superare le barriere e i pregiudizi che come essere umano può avere rispetto alla VD, evitando così la doppia vittimizzazione della donna ¹⁰.

Per anni infatti nell'opinione pubblica è corso il pensiero che, se alle donne succedeva questo, in fondo "se lo erano meritato, che qualcosa dovevano pur aver fatto".

Riteniamo che non credere a una donna che trova il coraggio di raccontare un episodio di violenza, non "voler vedere" i segni di questa violenza, limitarsi a prescrivere psicofarmaci senza prestare ascolto alle possibili cause scatenanti il disagio psicologico, siano tutti modi per "perpetuare questa violenza".

Per quanto la letteratura riporti l'accettazione della metodica di inserire nella nostra attività quotidiana domande dirette che riguardino la VD nell'anamnesi conoscitiva



di una paziente, da parte della maggioranza delle donne ¹¹, ci chiediamo se questa possa portare ad ottenere risposte sincere che rispecchino la realtà o se sia meglio valutarla successivamente, una volta che si sia venuto a creare un rapporto stabile tra il MMG e la paziente.

In ogni modo, pensiamo che prendere coscienza del problema possa rappresentare già il primo passo per il MMG, così come conoscere i servizi territoriali di supporto ai quali indirizzare la donna rappresenti, infine, il completamento di una buona pratica clinica.

Bibliografia

¹ World Health Organization, 1996. <http://www.who.int/en/>
² *Violence against women. Women's health and development programme*. Geneva: World Health Organization 1997.
³ Ulrich YC, Cain K, Sugg N, et al. *Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence*. Am J Prev Med 2003;24:9-15.
⁴ Campbell JC, Soeken K. *Women's responses to battering over time:*

an analysis of change. J Interper Violence 1999;14:21-40.
⁵ Plazaola-Castano J, Ruiz Perez I. *Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud fisica y psiquica*. Med Clin (Barc) 2004;122:461-7.
⁶ De Marchi M, Romito P, Ciociano Bottaretto R, et al. *Violenza domestica e salute mentale delle donne. Una ricerca sulle pazienti di medicina Generale*. SIMG 2005;(4):24-7.
⁷ ONVD (Osservatorio Nazionale sulla Violenza Domestica). <http://www.onvd.org/>
⁸ *Women's Health Development, Family and Reproductive Health. Violence Against*. In: *WHO Consultation*. Geneva: World Health Organization 1996.
⁹ Campbell J. *Health consequences of intimate partner violence*. Lancet 2002;359:1331-6.
¹⁰ Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J. *Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud fisica y psiquica*. Medicina clinica 2004;122:461-7.
¹¹ Romito P, De Marchi M, Gerin D. *Le conseguenze della violenza sulla salute delle donne*. Rivista SIMG 2008;(3):34-6.
¹² Dati ISTAT 2006. *Indagine dedicata al fenomeno della violenza fisica e sessuale contro le donne*. Presentata nel febbraio 2007.



Aiuta il tuo paziente ad accelerare il recupero funzionale



Infiammazioni articolari. Recupero post operatorio. Stadi iniziali dell'artrosi.

- Riduce dolore e gonfiore.
- Accelera il recupero della funzionalità articolare.
- Mantiene nel tempo la salute delle articolazioni.
- Minor utilizzo di medicinali antidolorifici.
- Progetto di ricerca premiato dall'AAOS.



OsteoSpine è la terapia portatile indicata per:

- Il controllo del dolore cronico nelle fratture vertebrali da osteoporosi
- La riduzione al ricorso a farmaci antiinfiammatori
- Il recupero funzionale dopo artrodesi vertebrale strumentata



Efficace, sicuro e facile da usare. È portatile, comodo e garantisce massima libertà di movimento.

I-ONE terapia e OsteoSpine sono leggeri, comodi e facili da usare. Garantiscono massima libertà di movimento.

**30 anni di collaborazione con il mondo ortopedico.
 Più di 200.000 pazienti trattati con successo.**