



La violenza contro gli uomini

Editoriale, *Laura Baccaro*

L'altro lato della violenza nelle relazioni intime: quello che gli uomini non dicono. Il ruolo chiave dell'Infermiere Forense, *Daniela Lobascio*

Uomini vittime di violenza domestica: dossier *avoicemen.com*

La violenza contro gli uomini: un tabù inaccettabile
Laura Baccaro



La donna che picchia il marito, Durer, XVII secolo

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Periodico di saggi, criminologia e ricerche

Anno VIII – n. 3 dicembre 2015

Direttore scientifico

Laura Baccaro

Redazione amministrazione

Associazione psicologo di strada

Vicolo I° Magenta, 5 – Padova

rivistapsicodinamica.criminale@gmail.com

Registro Stampa del Tribunale di Padova n° 2135 del 30.04.2008

RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Indice

Editoriale, Laura Baccaro	3
L'ALTRO LATO DELLA VIOLENZA NELLE RELAZIONI INTIME: QUELLO CHE GLI UOMINI NON DICONO. IL RUOLO CHIAVE DELL'INFERMIERE FORENSE	4
<i>Daniela Lobascio</i>	4
Introduzione	4
1. Inquadramento storico, legislativo e sociale del fenomeno violenza.	6
1.1 Definizione di violenza. Tipologia e natura dell'atto violento. Spirale della Violenza.	6
1.2 Conoscere il fenomeno: l'uomo vittima di violenza nelle relazioni intime e nella violenza sessuale.	10
1.3 Il quadro normativo europeo e il panorama giuridico italiano	12
2. La richiesta di aiuto e la costruzione di un percorso di tutela e sostegno.	17
2.1 La comunicazione con gli uomini che subiscono violenza, riconoscimento della vittima e dell'atto violento.	17
2.2 Procedure di accoglienza e di management presso il Centro Supporto e Ascolto contro la Violenza Demetra e Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Molinette.	20
2.3 Dati statistici ed esperienza clinica.	23
2.4. La rete sul territorio.	27
3. Il ruolo dell'infermiere forense e la gestione sanitaria.	28
3.1 Lo sguardo dell'Infermiere Forense: ruolo e responsabilità	28
3.2 L'importanza della gestione multidisciplinare	29
3.3 La gestione pratica: aspetti di legislazione ed obblighi giuridici; denuncia e referto; modalità di repertamento delle prove; somministrazione consenso informato.	31
Conclusioni	33
Allegati:	34
Protocollo Sanitario nei casi di maltrattamenti e violenza sessuale	34
Scheda di repertazione (fac simile)	46
Kit di rilevazione dei mezzi di prova della vittima di violenza (Kit antistupro)	48
Linee guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento	49
Bibliografia	53
UOMINI VITTIME DI VIOLENZA DOMESTICA: DOSSIER	55
<i>avoiciformen.com</i>	55

Bibliografia	63
LA VIOLENZA CONTRO GLI UOMINI: UN TABÙ INACCETTABILE	65
<i>Laura Baccaro</i>	65
Premessa	
1. Epidemiologia	66
1.1 Italia	66
1.2 Germania	67
1.3 Stati Uniti	68
1.4 Regno Unito	68
2. La violenza domestica contro gli uomini	69
2.1 Prospettiva storica	69
2.2 Cosa si intende per violenza domestica contro gli uomini	71
2.3 Motivazioni	72
2.4 Le donne sono più violente rispetto ai maschi?	73
3. Violenza sessuale verso uomini	73
3.1 I dati sulla vittimizzazione sessuale di genere maschile	74
3.2 Lo stupro degli uomini: il più oscuro segreto di guerra	74
4. Vittimologia di genere maschile	75
4.1 Pregiudizi e stereotipi	75
4.2 Conseguenze delle violenze	76
4.3 La tutela dei diritti delle vittime di genere maschile	77
Bibliografia	78

Editoriale

C'è poca controversia sul fatto che gli uomini commettono atti di gran lunga più violenti rispetto alle donne. Secondo i dati dell'FBI sulla criminalità negli Stati Uniti i maschi rappresentano circa il 90% di assassini noti. Uno studio pubblicato su *American Society of Criminology* evidenzia inoltre che gli uomini rappresentano circa l'80% di tutti i delinquenti violenti riportati nelle indagini criminali, nonostante una sostanziale riduzione del divario dal 1970 rispetto ai crimini commessi da donne. Precisa in più che gli atti di violenza sono primariamente compiuti da maschi verso altri maschi: nel 2010, gli uomini sono stati le vittime in quasi quattro su cinque omicidi e quasi i due terzi delle rapine.

Secondo molti studi presentati in questo numero si evidenzia che le donne sono spesso aggressori nelle liti e negli episodi di violenza domestica. Queste ricerche hanno determinato molte polemiche da quasi 40 anni oramai, ovvero dal 1975 quando i sociologi Murray Straus e Richard Gelles, del Laboratorio di Ricerca della famiglia presso l'Università del New Hampshire, hanno divulgato i dati dell'indagine *National Family Violence Survey*, dai quali emergeva che le donne avevano la stessa probabilità degli uomini di colpire il coniuge. I ricercatori avevano inizialmente ipotizzato che, almeno nei casi di violenza reciproca, le donne stavano difendendo o era per ritorsione. Ma quando nelle ricerche successive hanno chiesto chi ha colpito per primo, hanno scoperto che le donne hanno più probabilità degli uomini di iniziare la violenza, un dato confermato da più di 200 studi di violenza intima. In una revisione della ricerca nel 2010 sulla rivista *Abuse Partner*, Straus conclude che le motivazioni delle donne per la violenza domestica sono spesso simili a quelle degli uomini, che vanno dalla rabbia al controllo coercitivo.

Questi argomenti saranno approfonditi nei saggi e anticipo che:

- la violenza contro gli uomini è un problema sociale diffuso;
- la violenza contro gli uomini è perpetrata prevalentemente da altri uomini in spazi pubblici;
- spesso i vissuti di violenza degli uomini si celano dietro espressioni come "violenza di strada", "violenza nelle scuole", "risse";
- la violenza contro gli uomini è ancora un argomento tabù. Riconoscimento, solidarietà e sostegno sono ancora troppo rari nei confronti di uomini vittime di violenza;
- la scarsità dei dati sulla violenza contro gli uomini rimane uno dei problemi principali nel dibattito e nella ricerca su questo argomento.

La violenza esercitata contro gli uomini può essere fisica, psicologica e sessualizzata, è stato oggetto di dibattito presso il Consiglio d'Europa, ove essa è stata definita una "violazione dei diritti umani, ma anche un ostacolo all'eguaglianza tra donne e uomini" (*Violence within the family: the place and role of men*, Conference Proceedings, Strasburgo, 2005).

Laura Baccaro

L'ALTRO LATO DELLA VIOLENZA NELLE RELAZIONI INTIME: QUELLO CHE GLI UOMINI NON DICONO. IL RUOLO CHIAVE DELL'INFERMIERE FORENSE

Daniela Lobascio¹

Sommario: Introduzione; 1. **Inquadramento storico, legislativo e sociale del fenomeno violenza;** 1.1 Definizione di violenza. Tipologia e natura dell'atto violento. Spirale della Violenza; 1.2 Conoscere il fenomeno: l'uomo vittima di violenza nelle relazioni intime e nella violenza sessuale; 1.3 Il quadro normativo europeo e il panorama giuridico italiano. 2. **La richiesta di aiuto e la costruzione di un percorso di tutela e sostegno.** 2.1 La comunicazione con gli uomini che subiscono violenza, riconoscimento della vittima e dell'atto violento; 2.2 Procedure di accoglienza e di management presso il Centro Supporto e Ascolto contro la Violenza Demetra e Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Molinette; 2.3 Dati statistici ed esperienza clinica; 2.4 La rete sul territorio. 3. **Il ruolo dell'infermiere forense e la gestione sanitaria.** 3.1 Lo sguardo dell' Infermiere forense: ruolo e responsabilità; 3.2 L'importanza della gestione multidisciplinare; 3.3 La gestione pratica: aspetti di legislazione ed obblighi giuridici; denuncia e referto; modalità di repertamento delle prove; somministrazione consenso informato; **Conclusioni;** Bibliografia; Allegati: Protocollo Sanitario nei casi di maltrattamenti e violenza sessuale; Kit di rilevazione dei mezzi di prova della vittima di violenza (Kit antistupro); Scheda di repertazione; Linee guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento, a cura Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I.).

Introduzione

Questo lavoro nasce dall'esigenza di indagare attraverso una revisione della letteratura il fenomeno della violenza subita dagli uomini nelle relazioni intime e nella sfera sessuale e documentare il contributo che l'infermiere forense attraverso la corretta metodologia del processo di raccolta delle prove, dal repertamento alla relativa catena di custodia e somministrazione del consenso informato, apporta nel percorso di gestione dell'uomo vittima di violenza.

Il primo studio di Steinmetz (1978) che ha evidenziato l'esistenza della "battered husband syndrome", per indicare quella fenomenologia violenta che vede l'uomo oggetto di vessazioni di diversa natura, siano esse psicologiche, economiche o fisiche, da parte di una donna solitamente la compagna, presenta dati incontrovertibili sull'esistenza della violenza al femminile, entrando in contrapposizione con l'universale visione della donna come unica vittima della violenza di coppia e accendendo una polemica tra gli studiosi, polemica tutt'ora presente.

¹ Infermiera forense, Medicina D'Urgenza. C/o Città Della Salute e Della Scienza sede Molinette, Torino

La diversa percezione della paura fa sì che l'uomo tenda a sottostimare la pericolosità della violenza e la donna a sovrastimarla. Gli uomini difficilmente si percepiscono come vittime e dunque non denunciano e non chiedono aiuto; rimangono nella relazione violenta per diversi motivi, fra i quali il timore di perdere una serie di diritti che il rimanere nella coppia assicura loro, primo tra tutti ciò che riguarda i figli. La condizione di violenza vissuta nell'ambito delle relazioni affettive significative determina perdita o riduzione della stima di sé con elevati rischi di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress. Un'affinità rilevante fra la violenza agita dalle donne e quella messa in atto dagli uomini nelle coppie, riguarda il ciclo dell'abuso: cioè quel fenomeno secondo cui chi abbia subito violenza, soprattutto se in età precoce, è più probabile che agisca a propria volta in modo violento.

In questo elaborato, partendo dal primo capitolo si fa riferimento ad un excursus storico legislativo e sociale dell'argomento violenza verso il "sesso forte"; per poi passare a parlare della vera presa di coscienza da parte dell'uomo sulla sua situazione e sulla richiesta di aiuto, e su chi e come è in grado di aiutare l'uomo maltrattato.

Un uomo abusato o maltrattato che si reca in una struttura sanitaria deve trovare un'accoglienza e un'assistenza sanitaria professionale immediata; troppo spesso gli operatori del settore si trovano a dover fronteggiare situazioni per cui non hanno la adeguata preparazione, come l'assistenza alle vittime di violenza sessuale. Ne deriva che la difficoltà intrinseca di questo tipo di attività risiede nella necessità di elevate competenze tecnico-scientifiche di cui tutti gli operatori dovrebbero disporre.

Si ritiene estremamente importante focalizzare l'attenzione sulle competenze specifiche dell'infermiere in ambiti così delicati; l'acquisizione di responsabilità e competenze ha portato alla nascita di nuove figure professionali sempre più specializzate nei vari settori assistenziali tra cui la figura dell'infermiere forense, che non solo si occupa dell'assistenza primaria e secondaria dell'utente, ma è anche colui che conoscendo le applicazioni della scienza medica alle questioni legali, ossia le conseguenze di lesioni biologiche provocate dai più diversi agenti eziologici, presta un'assistenza fisica e psicologica mirata. L'infermiere forense rappresenta una nuova prospettiva nell'approccio olistico alla cura dei pazienti in ospedale comprendendo anche i problemi legali degli assistiti; tale figura professionale si occupa di rendere più semplice e meno traumatico il processo di raccolta delle prove, per tutto ciò che riguarda la catena di custodia e la somministrazione del consenso informato.

Questo lavoro è stato realizzato grazie al contributo e alla collaborazione del "Centro di Supporto e Ascolto contro la Violenza Demetra" afferente al Dipartimento Direzione Sanitaria e Servizi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino che valorizza e integra le competenze interdisciplinari applicando le procedure esplicitate da specifiche linee guida che costituiscono regole di comportamento finalizzate a garantire a chi subisce violenza, maltrattamenti e abusi, il diritto a trovare immediato soccorso in un luogo dove personale competente affronta non solo la visita e

la raccolta delle prove, ma garantisce anche capacità di ascolto, accoglienza e comprensione pianificando un iter definito e condiviso, sino alla dimissione e l'attivazione delle risorse territoriali finalizzate ad una presa in carico tempestiva e alla pianificazione di un progetto individuale di intervento.

1. Inquadramento storico, legislativo e sociale del fenomeno violenza.

1.1 Definizione di violenza. Tipologia e natura dell'atto violento. Spirale della Violenza.

La violenza è un fenomeno trasversale nelle classi sociali e culturali e non possiamo considerarla una malattia, ma una scelta di cui, chi la compie, deve assumersi la responsabilità. Anche se nella maggior parte dei casi le vittime sono donne non va però dimenticato che anche uomini bambini e anziani sono spesso vittime di atti violenti. Esistono diversi modi possibili per definire la violenza. L'OMS² (2002) la definisce 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".

La violenza può essere di diverso tipo:

- violenza fisica: qualsiasi azione violenta che può lasciare segni visibili o accertabili clinicamente, dalle lesioni lievissime o lievi, gradatamente, fino a quelle gravi od alla morte della vittima;
- violenza sessuale: qualsiasi forma di attività sessuale imposta contro la volontà della vittima;
- violenza psicologica: qualsiasi forma di atteggiamento, verbale o non verbale, finalizzato a ledere la libertà o l'identità personale. Il messaggio che passa attraverso tale violenza è quello che chi ne è oggetto è una persona priva di valore e questo può determinare in chi lo subisce l'accettazione in seguito di altri comportamenti violenti.
- violenza economica: tutto ciò che concorre, direttamente o indirettamente a rendere la vittima incapace di sussistenza, dipendente, impossibilitata a sostenere sé stessa o i propri familiari. Vi sono inclusi comportamenti quali: privare delle informazioni relative al conto corrente alla situazione patrimoniale e reddituale del partner, non condividere decisioni relative al bilancio familiare;

²World health organization (2002) "World Report on Violence and Health"

- violenza con comportamento persecutorio: vi rientrano quelle condotte moleste, a sfondo persecutorio, che seguano alla conclusione o sospensione di una relazione affettiva.

Si parla di violenza domestica (IPV) quando, in un rapporto familiare a carattere coniugale o affine sia esistente che sciolto, vi sono persone che usano o minacciano di usare violenza fisica, psicologica o sessuale³. Con questa definizione s'intende sottolineare che la violenza domestica può manifestarsi anche all'interno di coppie conviventi o separate. La violenza agita del partner all'interno del nucleo familiare si presenta con le caratteristiche di un insieme di comportamenti che tendono a stabilire e mantenere il controllo. Si tratta di vere proprie strategie che mirano ad esercitare un potere sull'altra persona, ricorrendo a vari tipi di comportamento: distruggendo i suoi oggetti, sminuendo e denigrando i suoi comportamenti e il suo modo di essere, scenate di gelosia immotivate. Nell'insorgere della violenza nei rapporti di coppia sono spesso decisivi elementi come la ripartizione del potere, l'influsso e il controllo reciproco dei partner, la loro forma di comunicazione e i contatti sociali. Studi empirici hanno dimostrato che la ripartizione dei ruoli in seno alla coppia incide notevolmente sul manifestarsi della violenza.

La violenza domestica viene equiparata spesso ai maltrattamenti contro le donne nei rapporti di coppia, ma questo concetto include anche altre costellazioni relazionali all'interno della famiglia e della coppia, che devono essere riconosciute e tenute in considerazione al fine di garantire una protezione efficace delle vittime e creare un'offerta di consulenze adeguata a chi ha subito e commesso tali atti. Sono vari gli aspetti da considerare, per esempio chi usa violenza in genere non lo fa ai danni di un unico individuo, ma tende a riprodurre questo comportamento nei confronti di più persone all'interno e all'esterno della famiglia. Inoltre, la violenza di coppia sfocia spesso nella violenza contro i minori e infine, una persona può essere vittima di più carnefici e può anche essere nel contempo vittima e autrice di violenza nel contesto di un rapporto familiare⁴.

Dinnanzi a un conflitto nell'ambito di un rapporto di coppia, occorre fare la distinzione tra lite e violenza domestica. La differenza principale risiede nel rapporto di potere che si instaura tra le persone implicate. La relazione violenta è caratterizzata da un rapporto asimmetrico tra i partner. Si tratta di una relazione nella quale la violenza consente di ottenere e mantenere il dominio e il controllo sull'altra persona. Nell'ambito della violenza di coppia, la ricerca distingue tra violenza dettata da un comportamento spontaneo in caso di conflitto e violenza dettata da un comportamento violento e di

³ Schwander Marianne. 2003. Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse- neue Instrumente. In: Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, Band 121, Heft 2. Bern.

⁴ Manuale IST 2012; Servizio per le pari opportunità della Città di Zurigo, 2011

controllo sistematico⁵. Seppur differente nelle sue manifestazioni, l'atto violento sottende ad una necessità cioè: colui il quale lo agisce ottiene e sancisce il dominio sulla vittima. L'abusante risulta in grado di piegare la libertà della vittima al proprio volere.

La violenza non si manifesta sempre apertamente. Nel lavoro svolto con le persone maltrattate è possibile riconoscere un ciclo della violenza, che nel 1983 Walker⁶ ha definito «spirale della violenza». Questo ciclo si articola in quattro fasi: la crescita della tensione, l'esplosione della violenza (o escalation), la fase di latenza e lo scarico della responsabilità.

a. Fase di crescita della tensione

Questa fase è caratterizzata dalla volontà di sminuire, mortificare, insultare la vittima, che cerca di evitare le violenze, concentrando tutta la sua attenzione sulla persona violenta, reprimendo i propri bisogni e soffocando le proprie paure. In tal modo cerca di evitare situazioni conflittuali e abusi. Ma prima o poi si verifica comunque un'escalation della violenza perché, dopotutto, la vittima non riesce a controllare l'agire violento della controparte.

b. Esplosione della violenza

Nella fase dell'esplosione della violenza le vittime reagiscono in modo diverso: fuggono o si ritraggono, contrattaccano o sopportano gli abusi. Questi momenti sono spesso associati alla paura della vittima di morire. La violenza subita, la perdita di qualsiasi controllo, nonché l'impressione di essere assolutamente inermi – oltre alle lesioni fisiche – producono gravi conseguenze psichiche. Molte vittime finiscono in uno stato di choc che può protrarsi per vari giorni. Se in un simile momento di choc viene allertata la polizia, la vittima può anche apparire aggressiva, apatica o contraddittoria nelle sue testimonianze. Le vittime di violenze domestiche pesanti sviluppano spesso disturbi legati alla cosiddetta sindrome post traumatica, i quali si manifestano sul piano fisico, psichico e psicosomatico. Tipici sono i disturbi del sonno, i dolori cronici, l'ansia, la perdita della fiducia in sé e negli altri.

c. Fase di pentimento e attenzioni amorevoli – fase di latenza o di “luna di miele”

Passata la fase acuta del maltrattamento la persona violenta mostra spesso segni di pentimento. Vorrebbe poter tornare indietro e promette di cambiare il proprio comportamento. Si vergogna e si sente impotente, fanno appello all'amore e al senso di responsabilità della vittima e promettono di cambiare. Nella speranza che il/la partner cambi davvero, in questa fase molte vittime ritirano la richiesta di separazione o revocano la testimonianza resa p. es. nell'ambito di un procedimento penale. Alcune interrompono le consulenze avviate e diverse donne lasciano la casa protetta per ritornare al proprio domicilio. In questa fase tendono a rimuovere il ricordo dei maltrattamenti, a difendere

⁵Glörr Daniela, Meier Hanna. 2003 Gewaltbetroffene Manner - wissenschaftliche und gesellschaftlich - politische Einblicke in eine Debatte. In: Fampra Heft 3/2003. Bern.

⁶ Walker Leonore. The Battered women syndrome study. 2009, Springer Publishing Company

l'autore/l'autrice delle violenze di fronte a terze persone e a sminuire le violenze subite. Molte persone che esercitano violenza riescono a illustrare le loro promesse in modo assolutamente credibile persino a terzi. A volte anche i familiari e gli amici fanno pressione sulla vittima affinché perdoni il/la partner e gli/le conceda un'altra chance.

d. Scarico della responsabilità

Al pentimento fa spesso seguito la ricerca della causa dell'esplosione di violenza. Molti autori hanno l'impressione che l'azione violenta sia dovuta a una forza maggiore che li ha «travolti» senza che potessero controllarla. Perciò cercano le cause non dentro di sé, bensì nelle circostanze esterne (consumo di alcol, difficoltà sul lavoro) oppure presso il/la partner. La responsabilità viene scaricata e la colpa attribuita ad altri. Molte persone maltrattate si assumono questa colpa e perdonano il compagno o la compagna pentito/a. Per evitare l'impressione di essere completamente inermi si accollano spesso addirittura la responsabilità del suo agire violento: «L'ho provocato/a io». Attraverso il proprio comportamento si illudono di poter evitare la prossima escalation di violenza. Di conseguenza la persona maltrattante non si sente più responsabile delle proprie azioni. Se nessuna delle parti coinvolte cerca aiuto, si reinnesca lentamente la fase di crescita della tensione. Un fatto qualsiasi conduce allora a un'ulteriore escalation e la spirale della violenza torna a girare. Le esperienze fatte dalle case delle donne e dai consultori per le vittime di reati dimostrano che, con il passare del tempo, i maltrattamenti tendono a diventare più frequenti e più gravi. Il ciclo si ripete e può solitamente essere interrotto solo con un intervento e un accompagnamento esterni.

Alcuni studi⁷ confermano che l'esperienza personale a contatto con la violenza nell'infanzia – sia la violenza osservata tra i genitori, sia i maltrattamenti subiti personalmente – aumenta il rischio di sperimentare la violenza nell'ambito di un rapporto di coppia in età adulta. La violenza che gli uomini e le donne hanno subito e visto nella famiglia d'origine ha un'influenza importante sul comportamento violento adottato successivamente, ma anche sulla capacità di sopportare violenze nella coppia. I maschi tendono piuttosto a far proprio un comportamento violento, mentre le femmine fanno spesso fatica a ribellarsi contro la mancanza di rispetto per i propri limiti fisici e sessuali. Le donne che nella loro infanzia e adolescenza hanno assistito a scontri fisici fra i genitori, sono diventate a loro volta vittime della violenza di un (ex) partner più del doppio delle volte rispetto alle donne risparmiata da simili esperienze⁸. In genere però, le esperienze di violenza vissute in prima persona sono soltanto uno dei tanti fattori di rischio.

⁷Killias M., Simonin M., De Puy J. (2004), *Violence Experienced by Women in Switzerland over their Lifespan: Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*, Berne: Stämpfli.

⁸Hines Denise, Brown Jan, Dunning Edward. *Characteristics of Callers to the Domestic Abuse Helpline for Men. 2007 Journal of Family Violence, 22:63-72*

La consulenza e il supporto alle vittime ambivalenti richiede una particolare conoscenza della dinamica della violenza. Le vittime ambivalenti tendono spesso a trasferire sui consulenti o su altri professionisti la dipendenza che hanno sviluppato nel loro rapporto di coppia e le relative esperienze positive e negative. Più lunghe sono state le loro esperienze negative nel rapporto violento, quanto maggiore è il rischio che abbiano difficoltà a vivere in modo positivo e costruttivo le relazioni con le altre persone. I professionisti che forniscono consulenza e sostegno alle vittime ambivalenti vengono spesso coinvolti nelle contraddizioni della spirale della violenza e per finire non sanno più se debbano privilegiare il diritto all'autodeterminazione della vittima o piuttosto la necessità di tutelarla da altre violenze. Acquisendo le necessarie conoscenze sull'ambivalenza e sulle sue contraddizioni, col tempo possono tuttavia riuscire a innescare nella vittima un cambiamento e a permetterle di trovare una via d'uscita dal rapporto violento.

Il personale dei consultori, dei centri d'intervento e di altri servizi analoghi confrontati nel loro lavoro quotidiano con le vittime di violenza dev'essere formato in modo permanente sull'argomento. Questa formazione è necessaria per conoscere i meccanismi dei rapporti violenti e riuscire ad interpretare correttamente il comportamento delle persone coinvolte.

1.2 Conoscere il fenomeno: l'uomo vittima di violenza nelle relazioni intime e nella violenza sessuale.

Il pregiudizio sociale porta spesso ad ignorare la figura maschile, nel ruolo di vittima. L'uomo maltrattato generalmente prova enormi sensi di colpa e il più delle volte perde il suo status di uomo, finendo con il restare isolato. Sophie Torrent⁹ mostra come la violenza psicologica sia l'arma favorita dalle donne; questo tipo di violenza si esprime attraverso varie forme di rifiuto, di insulti o di accuse infondate mentre la violenza fisica viene espressa con colpi inferti sul viso, colpi inferti sull'addome con forbici o con altri tipi di lame oppure con morsi. La presenza di comportamenti fisicamente e/o psicologicamente violenti messi in atto da entrambi i partner nelle coppie, è un fenomeno diffuso e trasversale, indipendentemente da fattori quali il contesto sociale, le etnie o le culture di appartenenza.

La violenza contro gli uomini purtroppo è un fenomeno ampiamente diffuso, eppure solo di recente sono state avviate ricerche in questo ambito. Ad oggi non esiste una definizione internazionalmente riconosciuta della violenza specifica contro gli uomini, le

⁹Torrent Sophie. 2000 L'uomo picchiato, un argomento intimamente tabù

ricerche dimostrano tuttavia che gli uomini possono subire le stesse forme di violenza delle donne, anche se spesso avvengono in altri contesti e in misura minore.

Un'importante differenza tra uomo e donna risiede nella percezione del maltrattamento, alcune forme di violenza sono considerate talmente "normali" dagli uomini da non essere neppure prese in considerazione. Si tratta per esempio di atti di violenza fisica subiti in pubblico, come le risse, considerate alla stregua di semplici diverbi. Altre forme di violenza sono tabù, al punto da spingere coloro che le subiscono a non parlarne o a rimuoverle. Questo vale specialmente per la violenza di carattere sessuale contro gli uomini. Uno dei problemi principali degli uomini che subiscono atti di violenza è dato dal fatto che la società non è consapevole dell'esistenza di questo fenomeno. Spesso gli uomini maltrattati in famiglia si vergognano di ammetterlo e non osano parlarne nemmeno con i familiari più stretti o con gli amici più intimi. Essi devono tuttavia temere più delle donne di non essere presi sul serio e questo li porta a non ammettere di essere vittime, a non riconoscersi in questa immagine che a loro parere non si concilia con l'immagine di "vero uomo".

Con il termine "Battered Husband Syndrome", già nel 1978, Steinmetz¹⁰ indicò quella fenomenologia violenta che vede l'uomo oggetto di vessazioni di diversa natura, psicologiche o fisiche, da parte di una donna, solitamente la compagna. Esiste un'ampia letteratura a livello internazionale sul fenomeno dell'uomo battuto e tutti gli autori concordano sul punto che gli uomini siano estremamente restii a denunciare. Fiebert (2008) attraverso i suoi studi giunge alla conclusione che la violenza femminile sia equiparabile se non superiore rispetto a quella maschile nelle relazioni di coppia e matrimoniali. In una serie di ricerche sulla vittimizzazione maschile, Reid et al. (2008) hanno riscontrato che la violenza psicologica ricorre più frequentemente rispetto alla fisica e risulta più duratura; l'uomo maltrattato prova enormi sensi di colpa e il più delle volte perde il suo status di uomo finendo per restare isolato. Gli uomini che vengono picchiati spesso sono poco creduti o derisi, o accusati di omosessualità e quindi per vecchi retaggi culturali sono restii a denunciare la violenza o il maltrattamento subito (Rand, 1997).

Un altro tipo di violenza trattata è quella sessuale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità¹¹ la definisce come: "gli atti sessuali o tentativi di ottenere atti sessuali, le avances o i commenti non desiderati contro la sessualità di una persona e attraverso l'uso della coercizione ad opera di qualsiasi persona, indipendentemente dalla sua relazione con la vittima, in qualsiasi ambiente, compreso e non solo quello della casa o del luogo di lavoro".

¹⁰Steinmetz Suzanne . The battered Husband Syndrome. *Victimology* 1978,2(4),499-509

¹¹ WHO, *World Report on violence and health*, Geneva:2002;149

È importante sottolineare che, con la Legge n.66/1996, a seguito dell'abolizione degli articoli ancora del codice Rocco, che considerava la violenza sessuale una lesione della moralità pubblica, si afferma il principio per cui la violenza sessuale è un crimine contro la persona.

Un uomo abusato o maltrattato che si reca in una struttura sanitaria deve trovare un'accoglienza e un'assistenza sanitaria professionale immediata; troppo spesso gli operatori del settore si trovano a dover fronteggiare situazioni per cui non hanno la adeguata preparazione, come l'assistenza alle vittime di violenza sessuale. Ne deriva che la difficoltà intrinseca di questo tipo di attività risiede nella necessità di elevate competenze tecnico-scientifiche di cui tutti gli operatori dovrebbero disporre. Le offerte di sostegno destinate agli uomini maltrattati sono poco sviluppate, anche per i casi ben più frequenti di violenze tra uomini, per esempio nello spazio pubblico e nel tempo libero.

Il fatto che manchi una vera e propria rete di sostegno per le vittime maschili riflette l'immagine predominante dell'uomo nella nostra società, che non può permettersi di essere vulnerabile né tantomeno vittima. Per impostare le offerte di aiuto destinate agli uomini colpiti da violenza è necessario approfondire le ricerche in materia. Occorre infatti verificare se i modelli di consulenza sviluppati per le donne con un vissuto di violenza si addicano anche agli uomini con esperienze analoghe e, se necessario, in che misura debbano essere adeguati. Diverse sono le strategie di superamento e di richiesta d'aiuto da prendere in considerazione: per esempio, molti uomini non chiedono tanto un sostegno psicologico, quanto piuttosto che si illustri loro concretamente in che modo agire, per esempio a livello giuridico.

1.3 Il quadro normativo europeo e il panorama giuridico italiano

Il problema della violenza è da tempo alla ribalta di tutti i parlamenti europei, ma non tutti i paesi hanno adottato per tempo le normative più idonee alla trasformazione culturale e sociale avvenuta in questi ultimi anni. L'Unione Europea si fonda su un insieme di valori, tra cui l'uguaglianza, e promuove la parità tra uomini e donne così come indicato negli articoli 2 e 3, paragrafo 3, del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE). Tali obiettivi sono altresì sanciti dall'articolo 21 della Carta dei Diritti fondamentali. Inoltre, l'articolo 8 del TFUE attribuisce all'Unione il compito di eliminare le ineguaglianze e di promuovere la parità tra uomini e donne in tutte le sue attività.

Nella "dichiarazione 19", allegata all'atto finale della Conferenza Intergovernativa che ha adottato il trattato di Lisbona, l'Unione e gli Stati membri si sono impegnati «a lottare

contro tutte le forme di violenza domestica, per prevenire e punire questi atti criminali e per sostenere e proteggere le vittime».

Nella direttiva 2011/99/UE, del 13 dicembre 2011, si istituisce l'Ordine di protezione europeo (OPE) allo scopo di proteggere una persona «da atti di rilevanza penale di un'altra persona tali da metterne in pericolo la vita, l'integrità fisica o psichica, la dignità, la libertà personale o l'integrità sessuale», e che consente all'autorità competente di un altro Stato Membro di continuare a proteggere la persona all'interno di tale altro Stato membro. L'Ordine di Protezione Europeo è uno strumento che si fonda sul principio del reciproco riconoscimento nell'ambito della cooperazione giudiziaria penale tra gli stati membri rivolto in particolare a garantire protezione alle vittime di violenze, molestie, rapimento, stalking e tentato omicidio.

L'Unione Europea ha avviato un programma specifico, denominato Daphne, volto a finanziare azioni mirate "per prevenire e combattere la violenza contro i bambini, i giovani e le donne e per proteggere le vittime e i gruppi a rischio, nell'ambito del programma generale Diritti fondamentali e giustizia".

La Convenzione di Istanbul del 2011 è il primo strumento internazionale vincolante sul piano giuridico per prevenire e contrastare la violenza, soprattutto quella domestica. Il testo della Convenzione si fonda su tre pilastri – prevenzione, protezione e punizione – ponendo particolare enfasi sui primi due, gli unici in grado di sradicare una grave violazione dei diritti umani ormai sistemica in Europa, e di consentire, in concreto, il superamento di ogni scriminante o attenuante derivante da ordinamenti culturali religiosi in cui la sudditanza di genere costituisce adesione ad una norma superiore.

La direttiva 2012/29/UE, del 25 ottobre 2012, stabilisce inoltre norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato.

- Francia

Analizzando il panorama Europeo in materia di violenza sessuale si rileva che in Francia la Legge sullo stupro è stata modificata nel 1990 e definisce come tale ogni atto di penetrazione sessuale di qualsiasi natura, commesso o tentato sulla persona altrui con violenza, costrizione, minaccia o sorpresa. La pena prevista va da un minimo di 10 anni ad un massimo di 20, con la possibilità della reclusione a vita in caso di aggravanti o stupri di gruppo. La stampa non ha diritto di menzionare il nome della vittima se questa non da il consenso. Il nuovo codice penale introduce pene più severe e disposizioni aggiuntive in tema di stupro e altre aggressioni sessuali. Viene inserito tra le norme che tutelano la persona umana, in quanto le aggressioni sessuali sono considerate attentati all'integrità fisica o psichica della persona. La definizione di stupro rimane quella del precedente codice, ma viene prevista la possibilità di aumentare la pena fino a 20 anni se:

- la violenza commessa ha prodotto una mutilazione o infermità permanente;
- l'età della vittima è inferiore ai 15 anni;

- la violenza è commessa su una persona la cui particolare vulnerabilità, dovuta all'età, ad una malattia, ad un'infermità, ad una menomazione fisica o psichica, o ad una in stato di gravidanza, appare evidente o è comunque conosciuta dall'aggressore;
- la violenza è commessa da un parente legittimo, naturale o adottivo, o da un'altra persona che possiede autorità sulla vittima;
- la violenza è commessa da una persona che abusa dell'autorità conferitagli dalle funzioni esercitate;
- la violenza è commessa da più persone che agiscono quali aggressori o complici;
- se la violenza è commessa con l'uso o sotto la minaccia di un'arma.

La pena sale fino a 30 anni se lo stupro provoca la morte della vittima. Diventa la condanna a vita, inoltre, se è preceduto, accompagnato o seguito da torture o atti di barbarie. Gli altri tipi di aggressioni sessuali, invece, sono puniti con 5 anni di reclusione o con una ammenda, la pena sale se sussistono particolari aggravanti. Il nuovo codice introduce anche il reato di molestia sessuale.

- Belgio

In Belgio la Legge votata all'unanimità nel 1982 definisce lo stupro come un atto commesso su una persona non consenziente: elemento determinante è quindi il mancato consenso della vittima. Non vi è più l'obbligo della vittima di dimostrare che vi sono state minacce di morte e che si sono opposte fortemente alla violenza, basta che dimostrino che non vi era il consenso. La vittima ha il diritto all'anonimato e all'assistenza da parte di un medico di sua scelta per gli esami richiesti dalla Legge. La Legge prevede vari tipi di reato:

- violenza carnale, punito con da 10 anni di reclusione oppure dai lavori forzati a vita se la vittima muore;
- attentato al pudore con violenza o senza violenza, che è punibile solo se la vittima è minore di anni 16;

Sono previste delle aggravanti se si tratta di violenza di gruppo o se è commessa da ascendente, istitutore della vittima o se è medico o ufficiale sanitario.

- Germania

In Germania i reati sessuali sono regolati dagli articoli dal 174 al 182 del codice penale nella sezione dei reati contro l'autodeterminazione sessuale. In particolare:

Articolo 177 – la violenza carnale: stabilisce che la violenza si attua nella congiunzione carnale extraconiugale ottenuta costringendo la donna al rapporto sessuale con violenza o minacce. La pena prevista è la reclusione non inferiore ai due anni, ma sono previste pene inferiori per casi di minore gravità. L'aggravante della morte della vittima comporta un periodo di reclusione minimo di 5 anni.

Articolo 178 - atti di coercizione sessuale: stabilisce che venano puniti quali atti di coercizione sessuale solo quelli compiuti fuori dal matrimonio e caratterizzati dalla

costrizione con violenza o minacce. Gli altri articoli prevedono casi di abuso sessuale diretti verso particolari categorie: detenuti, malati in ospedale, minori e altri.

- Gran Bretagna

La normativa sui reati sessuali in Gran Bretagna è racchiusa nei seguenti provvedimenti legislativi:

Sexual Offences Act 1956 – più volte modificata racchiude tutte le disposizioni in tema di reati sessuali e connessi alla prostituzione. I primi riguardano in particolare la congiunzione carnale attraverso l'uso della forza, l'intimidazione, l'inganno o la somministrazione di droghe. Le pene vanno da un minimo di 2 anni fino all'ergastolo, se ricorrono particolari combinazioni.

Sexual Offences Act 1967 – regola gli atti omosessuali.

Sexual Offences (amendment) Act 1976 – questa legge si occupa specificatamente di reato di violenza carnale, dettando una serie di norme. Anzitutto vengono chiaramente definiti i casi in cui sussiste violenza carnale, attraverso una formula interamente centrata sulla mancanza di consenso al rapporto sessuale, piuttosto che sull'uso della violenza. In questo modo il marito non può essere imputato per violenza carnale a meno che non sia in atto un procedimento di separazione.

Sexual Offences Act 1985 – questa legge, oltre ad aumentare le pene previste dalla legge del 1956, introduce un nuovo reato: kerb-crawling. Si verifica tale reato quando si cerca di ottenere un rapporto sessuale a scopo di prostituzione vera e propria. Tale norma è stata fatta per scoraggiare il fenomeno della prostituzione.

Sexual Offences amendment Act 1992 – viene allargato il diritto all'anonimato, sia della vittima che dell'imputato, ad altri reati.

Sexual Offences Act 1993 – viene abolita la presunzione di incapacità sessuale per i soggetti di età inferiore ai 14 anni.

- Spagna

In Spagna è uscita nel 1989 una legge che ha modificato numerosi articoli del codice penale. Per prima cosa ha inserito i reati di violenza sessuale tra i delitti contro la libertà sessuale (prima era inserito in quelli contro l'onestà). L'articolo 429 punisce il reato di violenza sessuale con una pena che va da un minimo di 12 ad un massimo di 30 anni. Viene considerato violento un rapporto carnale (vaginale, anale ed orale) consumato: mediante uso di forza od intimidazione, nel caso in cui si abusa di persona priva di senso oppure in stato di incoscienza o di alienazione mentale, in ogni rapporto con minori di anni 12. L'articolo 430 riguarda invece l'aggressione sessuale, in cui vengono fatte rientrare tutte le offese diverse dalla violenza carnale ma consumate con le medesime modalità. Per poter iniziare l'azione penale è sufficiente la denuncia della persona lesa oppure di un suo ascendente diretto, di un rappresentante legale o custode di fatto; nel caso di minori o di incapaci spetta invece al Pubblico Ministero. Il successivo perdono

della parte lesa non estingue l'azione penale. Chi viene riconosciuto colpevole dovrà anche risarcire le vittime.

- Irlanda

In Irlanda sono previsti due diversi tipi di violenza: lo stupro e le gravi molestie sessuali. Si ha stupro solo quando vi è penetrazione ed è prevista la pena dell'ergastolo.

- Lussemburgo

Nel Lussemburgo la legge distingue gli atti di libidine violenta dallo stupro. Sono previste condanne fino a 15 anni di reclusione.

In paesi come la Danimarca, i Paesi Bassi e la Grecia sono stati formati dei comitati che stanno lavorando per creare una legge sul tema della violenza.

- Italia

In Italia fino al 1996 è rimasta in vigore la sezione del codice Rocco che considerava la violenza sessuale una lesione della moralità pubblica. Finalmente nel 1996 con la Legge n.66 "norme contro la violenza sessuale" si afferma il principio per cui la violenza sessuale è un crimine contro la persona. Il codice penale si occupa di violenza sessuale con l'articolo 609 e seguenti che prescrivono la reclusione da 6 a 12 anni. La pena aumenta da 7 a 14 anni se la violenza è commessa:

- nei confronti di una persona che non ha compiuto 14 anni;
- nei confronti di una persona che non abbia compiuto 16 anni, se il colpevole è il genitore anche adottivo o il tutore;
- con l'uso di armi o sostanze alcoliche, narcotiche, stupefacenti e di altri strumenti o sostanze gravemente lesive della salute della persona offesa;
- da persona travisata o che simula la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
- su persone sottoposte a limitazione della libertà personale.

Anche l'induzione a compiere o subire atti sessuali abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica è considerata un'aggravante, così come la violenza sessuale di gruppo (articolo 609 octies). Inoltre se la violenza è commessa su una persona che non abbia compiuto i 10 anni la pena è ancora più alta, e va dagli 8 ai 16 anni.

A fronte dei numerosi strumenti di diritto sovranazionale l'Italia – a differenza di molti altri paesi, europei e non – ha ad oggi una legislazione frammentaria e disorganica, frutto di agende politiche che finora non hanno considerato la violenza una priorità. Da un lato sono state infatti introdotte o rafforzate nel Codice Penale fattispecie di reato direttamente connesse alla violenza di genere, quali lo stalking o la violenza sessuale – il perseguimento delle quali risente come naturale della nota inefficienza del sistema giustizia italiano.

Dall'altro però nulla è stato fatto a livello statale per una effettiva lotta al fenomeno, attraverso misure specifiche per tutelare le vittime (effettive o potenziali), predisporre pene effettivamente rieducative per i perpetratori, promuovere a livello educativo e culturale la lotta alla violenza. Queste misure fanno infatti parti di leggi regionali, diverse nella portata, nell'impostazione, nell'efficacia. Alla sostanziale uniformità degli istituti giuridici presenti nelle varie regioni corrisponde un'eterogeneità degli strumenti con cui essi sono stati adottati: se la maggior parte delle regioni ha, infatti, emanato leggi specifiche a tutela delle donne vittime di violenza, in alcune regioni le misure di contrasto alla violenza di genere sono, invece, state inserite all'interno di normative generali (ad esempio all'interno delle leggi finanziarie regionali) e non si parla mai di violenza sugli uomini. La Valle d'Aosta ha incluso le misure di contrasto alla violenza di genere nella legge sulla promozione della legalità e della sicurezza, equiparando di fatto, dal punto di vista degli strumenti di tutela, le donne vittime di violenza alle vittime di discriminazione razziale, ai disabili ed agli anziani e confondendo, quindi, insieme problematiche diverse che richiederebbero soluzioni diverse.

La mancanza di una priorità riconosciuta a livello nazionale ha quindi demandato la lotta alla violenza alla sensibilità politica dei singoli consigli regionali, creando una tutela a macchia di leopardo sul territorio italiano. In particolare, ciò risulta con evidenza se si guarda ai finanziamenti delle singole leggi, che variano grandemente da una regione all'altra, e che risultano di fatto disgregati in fondi stanziati da una miriade di enti diversi, ad esempio il gratuito patrocinio che la Regione Piemonte destina alle donne vittime di violenza nel caso degli uomini non può essere utilizzato.

2. La richiesta di aiuto e la costruzione di un percorso di tutela e sostegno.

2.1 La comunicazione con gli uomini che subiscono violenza, riconoscimento della vittima e dell'atto violento.

La diagnosi di violenza può presentare molteplici difficoltà per la frequente assenza di segni patognomonic della violenza stessa, per la difficile interpretazione dei reperti obiettivati, per i tempi di latenza che spesso intercorrono tra l'evento e l'accertamento clinico dello stesso, per le molteplici e differenti spiegazioni fornite in merito alle lesioni riscontrate, per l'omertà che un simile evento scatena. La violenza è inoltre destinata a rimanere un fenomeno sommerso se nell'operatore sanitario manca la capacità di ascoltare parole e silenzi, la capacità di accogliere lacrime e dolore, la comprensione delle varie forme della violenza stessa. Attraverso il riconoscimento ed il trattamento degli effetti gli operatori sanitari possono aiutare le vittime a mettere in atto le risposte più appropriate per contrastare la violenza nella loro vita. Uno dei primi passi da compiere è

l'ascolto con la rivelazione/disvelamento della violenza ed il posizionamento dell'uomo nel ruolo di vittima; una delle modalità per spezzare la catena della violenza è quella di responsabilizzare la vittima che si trova spesso ad affrontare dei fattori antagonisti che le impediscono di tutelarsi adeguatamente nel processo di vittimizzazione.

Ma cosa intendiamo oggi con il termine "vittima"? Se si esula da una definizione meramente giuridica secondo la quale la vittima viene descritta come la "persona offesa dal reato", sono diverse le definizioni di vittima che possono essere menzionate. Innanzitutto, si può pensare alla Decisione Quadro del Consiglio dell'Unione Europea del 15 marzo 2001 che, relativamente alla posizione della vittima nel procedimento penale, descrive questa come la persona fisica che ha subito un pregiudizio fisico o mentale, sofferenza psichiche, danni materiali causati da atti od omissioni che costituiscono una violazione del diritto penale, oppure, più sinteticamente, ma in modo altrettanto incisivo, si può affermare con Bisi¹² che la vittima è "principalmente una persona che è stata mortificata nella sua dignità umana, frutto di identità fisica ma anche psicologica" o ancora, con Viano¹³, possono essere individuati quattro momenti significativi che segnano il passaggio allo status di vittima:

1. presenza di un danno: il concretizzarsi di stati di sofferenza causati dall'atto criminale;
2. percepirsi come vittima (auto – riconoscimento): l'accettarsi come vittima ovvero "riconoscere la vittimizzazione come un'esperienza immeritata e ingiusta" ;
3. cosa fare: decidere se confidare ad una persona cara la propria esperienza vittimizzante oppure renderla pubblica attraverso il ricorso allo strumento della denuncia penale;
4. riconoscimento da parte della comunità (etero – riconoscimento): ricevere sostegno sociale, solidarietà e riconoscimento dalla comunità di appartenenza.

Nei vari passaggi che concorrono a definire l'esperienza vittimizzante, l'evento dannoso va ad intaccare significativamente la dimensione della fiducia propria di un soggetto, il quale perde i punti di riferimento della propria quotidianità e il senso di prevedibilità costruito in base alla sua esperienza. Al contempo, viene compromessa inevitabilmente la fiducia nei rapporti con le persone care, a maggior ragione quando, e questa situazione si verifica non di rado, preesiste un legame di parentela o comunque affettivo, tra l'autore di reato e la sua vittima; infine, viene pregiudicata anche la fiducia di tipo istituzionale proprio perché le istituzioni non sempre sono in grado di prevenire la criminalità, o quanto meno di ridurre i rischi di vittimizzazione, né di proteggere i cittadini nemmeno successivamente all'episodio vittimizzante¹⁴.

Così la vittima, disorientata e ritenuta parzialmente responsabile di quanto accaduto, è

¹²R. Bisi, "Vittime, vittimologia e società", in Bisi R. e Faccioli P. (a cura di), *Con gli occhi della vittima*, Franco Angeli, Milano, 1996, p. 104.

¹³E. Viano, "Vittimologia oggi: i principali temi di ricerca e di politica pubblica", in Balloni A., Viano E. (a cura di), *IV Congresso Mondiale di Vittimologia. Atti della giornata bolognese*, Clueb, Bologna, 1989.

¹⁴S. Vezzadini, *La vittima di reato tra negazione e riconoscimento*, Clueb, Bologna, 2006, p. 21.

costretta a mettere in discussione il sistema di conoscenze e di interpretazione della realtà che le ha consentito, almeno fino al quel momento, di vivere in un ambiente sicurizzante. Essa deve suo malgrado fare i conti con una realtà che sembra non appartenerele più. La sofferenza non può e non deve rimanere inascoltata, tutti coloro che versano in stati di sofferenza hanno diritto ad un aiuto specifico, indispensabile per rimediare al danno subito ed imprescindibile per alleviare, con gli strumenti adeguati, la pena, l'angoscia.

Le vittime subiscono una interruzione del loro normale percorso di vita cui "si accompagna, in genere, la percezione di una identità violata e spezzata ed una diminuzione dell'autostima che necessitano di essere raccontate per essere riconosciute e oltrepassate, pena la sedimentazione di caratteristiche (quali la passività, la debolezza, il ripiegamento su se stessi) che aprono la strada a nuovi processi di vittimizzazione"¹⁵, esse hanno pertanto bisogno di esprimere la loro sofferenza e manifestano la necessità di essere ascoltate. Un aiuto concreto e utile alle vittime non può essere dato prescindendo dalla capacità di sapere ascoltare. Un vissuto connotato dalla sofferenza spesso esprime il bisogno primario di affrontare l'ostacolo, rappresentato in questo caso da un episodio di vittimizzazione, attraverso la narrazione.

La necessità di raccontare nasce dalla volontà di giungere all'elaborazione dell'esperienza, con l'obiettivo di rendere concreto il momento del crimine, attraverso l'esposizione narrativa. Comprensione umana e competenza professionale dovrebbero rappresentare dei presupposti inalienabili e complementari per tutti coloro che hanno a che fare con persone che soffrono, sembra che invece queste due componenti tardino a fondersi insieme, manifestandosi quotidianamente come due dimensioni radicalmente irriducibili. L'importanza della dimensione dialogica, del sapere ascoltare, il potere della comunicazione interpersonale non devono essere sottovalutati.

Così anche la vittima di reato, nella veste di paziente, quando non può fare a meno del sostegno di un serio professionista, non deve essere trattata come una "cosa" malata, indifferente al contesto ambientale e interpersonale; ma è una persona che può accettare, o rifiutare, la terapia e che può collaborare, o negare ogni collaborazione, nella misura in cui sia, o non sia accolta e rispettata nella sua libertà e nella sua significazione umana. Ogni dialogo, ogni colloquio, è possibile solo se chi parla e chi ascolta, chi dà le cure e chi le riceve, si intendano nelle reciprocità del loro linguaggio e dei loro orizzonti di significato e nelle loro articolazioni spazio-temporali¹⁶.

¹⁵S. Vezzadini, *La vittima di reato tra negazione e riconoscimento*, Clueb, Bologna, 2006, p. 58.

¹⁶E. Borgna, *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Feltrinelli, Milano, 2006, p. 214.

2.2 Procedure di accoglienza e di management presso il Centro Supporto e Ascolto contro la Violenza Demetra e Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Molinette.

Il percorso di accoglienza della vittima di violenza di abuso sessuale e/o maltrattamento prevede la stesura di protocolli aziendali in grado di regolare il percorso sanitario che, a fronte dell'accesso presso il Pronto Soccorso dei Presidi ospedalieri veda l'attivazione di un iter definito e condiviso atto a salvaguardare i seguenti obiettivi:

- regolare un percorso che preveda tempestività di attivazione;
- evitare alla vittima passaggi inutili a più reparti e/o professionisti;
- fornire a tutti gli operatori coinvolti nel percorso riferimenti chiari e precisi circa fasi, tempi, tipologia di anamnesi-esami, prelievi, responsabilità, obblighi normativi e legislativi;
- dare informazioni della rete territoriale o affidare direttamente ai Servizi sociali la vittima per la presa in carico nel percorso di fuoriuscita dalla violenza.

Con il D.G.R. n. 14 -12159 del 21 settembre 2009 la Giunta regionale del Piemonte ha approvato il Coordinamento della rete sanitaria per l'accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza sessuale e domestica, dove viene definita la rete regionale per la prevenzione della violenza e per il sostegno alle vittime formata dal "Centro Integrato Ospedaliero per l'assistenza alle vittime di violenza domestica e sessuale" costituito dal Centro Demetra e dal SVS del Sant'Anna, e dai referenti aziendali di ASL.

La gestione dei casi di violenza domestica che afferiscono presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Molinette è ormai da tempo affidata al Centro Demetra, istituito con deliberazione del Direttore Generale n. 949/470/10/2003 del 24/7/2003 con funzioni di assistenza sanitaria, counselling, supporto, orientamento verso la rete dei servizi pubblici e privati che si occupano delle vittime di violenza, e inserimento in strutture protette. Fin dall'inizio il Progetto ha rappresentato una novità essendo senza dubbio il primo servizio ospedaliero nel S.S.N., a rivolgersi da un punto di vista professionale e sanitario, alle vittime di violenza domestica, donne ma anche uomini. È diventato nel tempo un riferimento per il presidio del Numero Verde Nazionale Antiviolenza 1522 in particolare per quanto attiene la conoscenza del fenomeno e la formazione specifica del personale sanitario. Il Centro Demetra opera per favorire percorsi di uscita dalla violenza e accompagna le vittime nel percorso di riattivazione delle proprie capacità e delle proprie risorse, collabora con il Pronto Soccorso e con la rete territoriale.

È stato proposto alla rete dei Pronto Soccorso piemontesi una modalità di triage con la presenza di un sanitario esperto che, riconosciuti i segni della violenza anche non dichiarata, e ciò in base ad alcune domande-chiave e ad elementi riportati nei protocolli (come l'occultamento da parte della paziente dei traumi e delle lesioni), attribuisce a

queste vittime un percorso diverso e una priorità assoluta, perché farle attendere significa, nella maggior parte dei casi, non vederle più.

Nell'allegato alla Delibera regionale vi sono "linee guida" dove si raccomanda di assegnare un Codice di triage adeguato in tutti quei casi dove la violenza è attuale e non solo anamnestica; quando la vittima di violenza arriva in Pronto Soccorso viene quindi assegnato un codice di triage corrispondente al Giallo e un codice VIP (acronimo di Violence Intimate Partner) affinché ogni operatore che accede alla scheda possa individuare il percorso di massima riservatezza da attuare.

La vittima deve essere accolta con un atteggiamento rassicurante, disponibile all'ascolto attivo e garantendole un luogo riservato e tranquillo. All'infermiere la vittima di violenza chiede, in maniera non sempre esplicita, di poter parlare senza essere udita e vista dagli altri astanti: il senso di vergogna, di paura, di dolore, di umiliazione la pongono in una condizione di fragilità emotiva che richiede la messa in atto di alcune strategie.

Non dimentichiamo inoltre che sulle registrazioni del triage e le affermazioni rese in questa circostanza si può essere chiamati a testimoniare e quindi è meglio costruire uno strumento certo di affermazione. Occorre anche prevedere la necessità di prelievo di prove a scopo giudiziario. In alcuni casi deve essere prevista la possibilità di allocazione temporanea protetta per pazienti potenziali vittime di nuove violenza (anche nei locali del Pronto Soccorso). Frequentemente inoltre la vittima presenta una alterazione anche solo temporanea delle performances mentali (disordine da stress posttraumatico), potrà essere quindi utile provvedere a segnalare tempestivamente in fase precoce la richiesta di supporto psicologico o psichiatrico (quest'ultimo disponibile in DEA 24/24 ore).

Dopo l'accertamento clinico accurato, indagini di laboratorio e strumentali mirate viene attivato il Centro Demetra nei giorni dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8 alle ore 16, nei restanti giorni e orari attualmente non ha la reperibilità per cui vengono date indicazioni su come contattarlo alle dimissioni o nel caso di situazioni di pericolo viene trattenuto il paziente presso il Pronto Soccorso fino ad apertura del Centro. Qualora ci siano difficoltà di comprensione linguistica viene fatta richiesta per il mediatore culturale.

Il ruolo del personale di Pronto soccorso nell'ambito della violenza domestica può essere così sintetizzato:

- identificare la violenza in tutti i suoi aspetti;
- supportare la vittima; il luogo del colloquio, la postura, il tono di voce, il contatto fisico, la capacità di ascolto diventano elementi essenziali affinché il momento del triage sia vissuto quale possibilità di esprimersi, momento di appoggio e supporto, aiuto e ascolto in un luogo sicuro.
- stimare il rischio di vita al fine della sua tutela;
- documentare con precisione la violenza, assolvendo anche agli obblighi di legge;

- anticipare durante il primo colloquio il contenuto di quanto avverrà durante la successiva fase di visita medica, spiegandone scopo e finalità;
- rassicurare la vittima sul rispetto della riservatezza informandola che medici e infermieri sono obbligati a mantenere il segreto professionale, a rispettare il codice deontologico e le norme sulla privacy. Essi devono assolvere agli obblighi di legge solo in determinate e ben codificate situazioni informando del fatto l'Autorità Giudiziaria, ma in loro assenza è possibile procedere solo con il consenso della vittima.
- informare e indirizzare la vittima all'Autorità Competente o ai Servizi Territoriali.

È importante avisare in maniera diretta o indiretta, gli altri membri dell'équipe sanitaria dello specifico caso in modo da poter mettere in atto strategie comuni nell'affrontare l'assistenza alla vittima di violenza, che dovrebbe prefiggersi una uniformità comportamentale di tutto il personale sanitario fino alla dimissione della/del paziente dal Pronto Soccorso senza commenti sull'accaduto, senza sistemi di indagine anamnestica "indagatori", senza atteggiamenti di "sufficienza", comportamenti "superficiali" (indifferenti o sminuenti il fatto o il danno subito).

L'infermiere di triage è la prima persona chiamata a porre particolare attenzione a tutti gli indizi che inducano a sospettare un caso di violenza domestica, occultato dalla vittima stessa sotto le vesti di un fatto "accidentale". Il tipo, la sede della lesione o le sue caratteristiche, il racconto confuso e/o contraddittorio dell'interlocutore, il suo stato d'animo, l'atteggiamento, la postura, il ripetersi di episodi analoghi possono richiedere, pur con tutte le cautele necessarie al rispetto della persona, un approfondimento (anche da parte dello stesso infermiere di triage). A titolo di esempio, il dubbio che un "incidente domestico" che si ripete in tempi più o meno ravvicinati e con modalità talora simili possa nascondere percosse subite in famiglia deve indurre tutto il personale sanitario di Pronto Soccorso (dall'infermiere al medico) ad adottare tutte le strategie di ascolto e attenzione che possano agevolare l'emersione della violenza.

Riportiamo alcuni degli "indizi" che più di frequente la letteratura indica come "campanelli di allarme" della violenza:

- partner troppo protettivo o dispotico;
- ritardo nel chiedere soccorso;
- lesioni non coerenti con quanto riferito in anamnesi;
- paziente riluttante a parlare in presenza del partner;
- visite mediche ripetute (magari per "incidente domestico");
- ecchimosi in diversa fase cromatica;
- paziente eccessivamente non curante di problemi ovvi;
- disturbi vaghi e aspecifici associati ad ansia;
- paura o panico;
- lesioni su molteplici regioni corporee o in stadi evolutivi diversi;

- crisi di pianto reiterate, apatia o atteggiamenti difensivi incongrui;
- dinamica non correlabile alle lesioni che suggeriscono un atteggiamento difensivo (ecchimosi - fratture agli avambracci);
- reticenza o amnesia su specifici temi o domande o persone;
- visite di PS per disturbi cronici in tempi "irragionevoli";
- disturbi della vista o dell'udito o lesioni dentarie conseguenti a trauma;
- atteggiamento contraddittorio.

Altri "campanelli d'allarme" possono essere modifiche del tono dell'umore in senso depressivo e/o euforico, senso di inadeguatezza e diminuzione dell'autostima, crisi d'ansia o di paura/panico, aggressività improvvisa alternata a remissività o apatia, astenia o difficoltà di concentrazione, cefalee persistenti o disturbi del sonno, diminuzione dell'appetito e problemi gastrointestinali, palpitazioni, dispnea, senso di soffocamento, dolore toracico, parestesie, vertigini, oppure semplicemente una sintomatologia vaga e diffusa.

Una volta risolta la fase acuta la vittima viene dimessa dal Pronto Soccorso e indirizzata al servizio ambulatoriale del Centro Demetra dove si cerca di accogliere il bisogno esplicito, facendo emergere eventualmente quelli impliciti e studiando, di volta in volta, le possibili soluzioni, orientando verso i servizi e le risorse del territorio per la tutela legale, socio-economica e di supporto psicologico.

Si ribadisce che il trattamento della vittima è un processo multidisciplinare, il sanitario deve avere buone competenze di comunicazione e abilità dal punto di vista della psicologia, deve essere in grado di utilizzare protocolli standardizzati e ci deve essere una stretta correlazione tra la documentazione e l'outcome legale.

2.3 Dati statistici ed esperienza clinica.

La violenza contro gli uomini è un fenomeno ampiamente diffuso, eppure solo di recente sono state avviate ricerche in questo ambito allo scopo di evidenziarne le diverse sfaccettature.

In una serie di ricerche sulla vittimizzazione maschile, Reid et al.¹⁷ hanno riscontrato che la violenza di tipo psicologico sull'uomo ricorre più frequentemente rispetto alla fisica e risulta più duratura; l'uomo maltrattato prova enormi sensi di colpa e il più delle volte perde il suo status di "uomo" finendo per restare isolato. Gli uomini che vengono

¹⁷Reid JR, Bonomi AE, Rivara FP et al. (2008) Intimate Partner Violence Among Men. Prevalence, Chronicity, and Health Effects. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(6), 478-485

picchiati spesso sono poco creduti o derisi, o accusati di omosessualità e quindi per retaggi culturali sono restii a denunciare la violenza o il maltrattamento subito¹⁸.

Nell'indagine conoscitiva sulla violenza verso il sesso maschile di Macri et al.¹⁹ l'ipotesi della ricerca è stata quella di verificare se, in accordo con la letteratura scientifica internazionale anche la popolazione maschile italiana può essere vittima di violenza fisica-sessuale-psicologica da parte del partner o ex partner di genere femminile. Da quanto emerso dall'indagine, condotta su un totale di 1058 soggetti, per quanto riguarda la violenza fisica il 63,1% del campione dichiara di aver subito almeno un episodio per mano di una donna nel corso della propria vita; per la violenza sessuale risulta essersi verificato nel 48,7% soggetti e per la violenza psicologica nel 77,2%; per quanto riguarda gli atti persecutori il 31,9% del campione ha subito almeno un episodio. Riguardo alla violenza sessuale il 4,1% dei soggetti intervistati ha dichiarato di essere stato forzato ad avere rapporti sessuali con altre persone incluso sesso di gruppo o scambi di coppia. Dall'analisi emerge come diverse forme di umiliazione utilizzino l'aspetto economico: critiche a causa di un impiego poco remunerato (50,8%); denigrazioni a causa della vita modesta consentita alla partner (50,2%); paragoni irridenti con persone che hanno guadagni migliori (38,2%); rifiuto di partecipare economicamente alla gestione familiare (48,2%).

La maggiore rappresentatività del campione è compresa nella fascia d'età 40-49, seguita dalla fascia di età 30-39. Lo stato civile maggiormente presente è quello dei separati (41,1%), seguito dai celibi (24,3%).

Nella revisione della letteratura di Carney et al.²⁰ si è indagato sulla responsabilità della donna nella violenza all'interno dei propri rapporti intimi, ponendo particolare attenzione alle influenze culturali che plasmano il concetto che la violenza domestica venga inquadrata quasi sempre come perpetrata esclusivamente dagli uomini. In questo studio si è posta particolare attenzione ai retaggi culturali presenti rispetto alla violenza domestica, poiché tali violenze vengono considerate ad opera di esclusiva mano maschile; la discussione indica delle caratteristiche comuni nei due sessi nel perpetrare la violenza. In seguito ad una ricerca effettuata da Straus²¹ è emerso che uomini e donne sembrano essere parimenti violenti in una relazione intima, cosa che emerge anche in una

¹⁸Rand MR. Violence-Related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments, U.S. Department of Justice, Agosto 1997.

¹⁹ Macri PG, Loha YA, Gallino G. et al. Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. VI – N. 3 – Settembre-Dicembre 2012

²⁰Carney M., Buttell F., Dutton D., "Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment", in *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 12, Issue 1, January-February 2007, pp. 108-115.

²¹Straus, M. A., & Mouradian, V. E. (1999, November). Preliminary psychometric data for the Personal Relationships Profile (PRP): A multi-scale tool for clinical screening and research on partner violence. Paper presented at the annual meeting of the American Society of Criminology, Toronto, Canada.

meta-analisi di Archer's²² che in 82 coppie in presenza di conflitto pone come risultato che le donne sono più propense ad utilizzare la violenza fisica nei confronti del partner. Laroche²³ su un campione di 25876 persone, riporta che l'83% degli uomini e il 77% delle donne riferiscono di "temere per la propria vita" ad opera del rispettivo compagno. Quando le domande riguardo alla violenza domestica vengono riformulate in termini di violenza di genere i risultati sono sorprendenti. Per esempio in un pronto soccorso di Philadelphia è stato scoperto che il 12,5 % di tutti gli uomini sopra i 30 anni (n=866) erano vittime di violenza domestica, questi pazienti riferivano di aver subito calci, pugni schiaffi dalla loro compagne nel 47% dei casi e nel 37% dei casi riferivano anche l'uso di un'arma contro di loro.

In uno studio di Douglas and Straus²⁴ su un campione di 6900 studenti universitari di 17 diverse nazioni, si evince che il 115% delle adolescenti femmine attuano comportamenti assalitori nei confronti dei loro compagni maschi. Dalla ricerca è emerso che le caratteristiche possedute dalle donne che perpetrano violenza sono simili alle motivazioni e alle caratteristiche psicosociali adottate dagli uomini (uso di sostanze, disturbi della personalità etc.). Nello studio di Allen et al.²⁵, condotto su un campione di 92 uomini e 140 donne di un collegio di studenti, si è cercato di dare un contributo empirico al dibattito riguardo alle simmetrie di genere in merito alla "intimate partner violence (IPV), indirizzando gli studi rispetto alle attitudini sessuali. Nella parte di studio che riguarda la donna come attore violento, è stata evidenziato che c'è una correlazione tra vittimizzazione e reiterazione dell'evento violento che risulta essere $r=.60$ per gli uomini e $r=.63$ per le donne; solo una comparazione di questi modelli di genere ha permesso di esaminare l'ipotesi che la violenza delle donne è attuata in primo luogo in modo reattivo mentre la violenza degli uomini è proattiva.

Nello studio di Cameron (1977) il sessismo è definito come un comportamento negativo e discriminatorio basato su presunte inferiorità o differenze nelle donne come gruppo, e legato a retaggi culturali inseriti in un sistema patriarcale. Emerge che il 55% ($M=1,38,SD=2,36$) delle donne del campione hanno riportato di aver usato violenza nei confronti del partner mentre il 47% ($M=1.12,SD=2.04$) di averlo subito. Il 41% ($M=0.73,SD=1,51$) degli uomini del campione hanno riportato di aver usato violenza nei confronti del partner mentre il 37% ($M=1.00,SD=2.04$) di averlo subito. Con l'esecuzione di un test ANOVA si è concluso che il genere non influisce in maniera statisticamente significativa sul processo di vittimizzazione ($P=0.26$). Dallo studio è emerso che il numero di uomini e di donne che sono vittime in una relazione intima è pressoché comparabile

²²Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680

²³Laroche, D. (2005). Aspects of the context and consequences of domestic violence-Situational couple violence and intimate terrorism in Canada in 1999. Table 8. Quebec City: Government of Quebec.

²⁴Douglas EM, Straus MA. (2003). Corporal Punishment Experienced by University Students in 17 Countries and Its Relation to Assault and Injury of Dating Partners. Helsinki, Finland: European Society of Criminology.

²⁵Allen C.T., Swan S.C., Raghavan C., "Gender Symmetry, Sexism, and Intimate Partner Violence", in *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 24, N. 11, 2009, pp. 1816- 1834.

ma il percorso che seguono è diverso poiché la donna tende a reagire di fronte alla violenza subita, e poi ad essere violenta a sua volta, mentre gli uomini tendono ad iniziare la violenza per primi. Dallo studio di Ole Ingemann-Hansen²⁶ si evince inoltre quanto sia dinamica la procedura di raccolta delle prove e dell'esame fisico della vittima.

In base ai dati forniti dalla Procura di Milano, su 1.500 maltrattamenti commessi tra il luglio del 2012 e il luglio 2013 tra Milano e provincia, 180 sono violenze da parte di donne contro uomini. Per lo stalking: su 915 casi denunciati, ben 138 vedono come bersaglio un uomo.

All'interno del Centro Demetra dalla sua istituzione ad oggi si è avuto un incremento progressivo del lavoro sulla violenza e sulla sua specificità che ha portato ad analizzare la violenza maschile come nuovo fenomeno emergente. Quando l'uomo decide di parlare o di denunciare viene studiato un appropriato percorso idoneo a costruire un valido interfaccia con la rete territoriale. Nel corso dell'anno 2012 su 260 pazienti afferenti al Pronto Soccorso 8 sono stati maschi mentre le attività afferenti al servizio ambulatoriale hanno coinvolto 72 pazienti di cui 6 maschi.

Nel 2013 su 295 passaggi 30 sono stati i casi di uomini visti, di cui 17 solo in Pronto Soccorso, 6 solo al Centro Demetra, e 7 sono stati accolti sia dal Pronto Soccorso che dal Centro Demetra.

Nel 2014 su 301 passaggi, 278 sono state donne e 23 uomini.

Nello studio dei casi trattati, anche se con numeri modesti, gli operatori sono arrivati alla conclusione che gli uomini possono subire le stesse forme di violenza delle donne, anche se spesso avvengono in altri contesti e in misura diversa. Un'importante differenza tra le donne e gli uomini vittime di violenza risiede nel modo in cui percepiscono i maltrattamenti subiti, alcune forme di violenza sono considerate talmente «normali» nel vissuto degli uomini da non essere ritenute tali ed essere ricordate solo vagamente. Si tratta per esempio di atti di violenza fisica subiti in pubblico, come le risse, considerate alla stregua di semplici diverbi. Altre forme di violenza sono tabù, al punto da spingere coloro che le subiscono a non parlarne o a rimuoverle. Questo vale specialmente per la violenza di carattere sessuale contro gli uomini. Le ragioni che spingono gli uomini a portare avanti un rapporto violento sono diverse da quelle che animano le donne. Diversamente dalle donne, solo in rari casi dipendono economicamente dalle loro partner, ma con la separazione temono molto spesso di perdere l'intera famiglia e quindi anche i figli.

Gli uomini vittime di violenza si sentono spesso colpevoli e corresponsabili della violenza subita, proprio come accade alle donne. Molti uomini non si riconoscono nell'immagine

²⁶ Ingemann-Hansen O., Brink O., Sabroe S. et al. Legal aspects of sexual violence—Does forensic evidence make a difference? *Forensic Science International* 180 (2008) 98–104

di essere vittima, molti sono convinti che da loro ci si aspetti che siano forti e in grado di farsi valere e di difendersi da soli. Questa sembra essere una delle ragioni per cui pochissimi uomini chiedono aiuto e solo alcuni si rivolgono a un centro antiviolenza.

Il lavoro del Centro Demetra si ispira al principio di fiducia, le vittime sono prese sul serio quando descrivono le esperienze vissute, si attesta la loro credibilità e ricevono non solo informazioni esaustive, ma anche un sostegno per elaborare il vissuto. L'esperienza dimostra che molte persone vittime di violenze difficilmente hanno accesso alle informazioni di cui avrebbero bisogno. Conoscono troppo poco i loro diritti e spesso si sentono indifese. Nel corso dei colloqui, gli infermieri del Centro, consigliano e assistono le vittime ed elaborano con loro prospettive e modalità d'azione. La decisione sui passi da intraprendere spetta tuttavia sempre ai diretti interessati.

4. La rete sul territorio.

La rete antiviolenza locale deve prevedere la presenza delle agenzie competenti presenti nel territorio, siano esse pubbliche o private, con il coinvolgimento attivo anche delle operatrici e degli operatori che partecipano alla definizione del progetto di uscita dalla violenza condiviso con l'uomo, al fine di dare concreto sostegno e una risposta globale agli uomini che stanno vivendo o hanno vissuto in situazioni di violenza. Una volta deciso il percorso da intraprendere all'uomo vittima di violenza viene fornita la possibilità di entrare in contatto con i servizi territoriali, dal supporto sociale a quello psicologico, legale e di tutela giudiziaria. Oltre ai centri antiviolenza di aiuto alle vittime di sesso maschile, specializzati in parte in questo ambito, non esistono offerte e strutture specializzate nell'assistenza a uomini che subiscono abusi ad opera della partner. Non esiste una rete di aiuto specializzata come quella rivolta alle donne. In generale, le offerte di sostegno destinate agli uomini maltrattati sono poco sviluppate, anche per i casi ben più frequenti di violenze tra uomini, per esempio nello spazio pubblico e nel tempo libero.

Il fatto che manchi una vera e propria rete di sostegno per le vittime maschili (ad eccezione degli aiuti per minori che hanno subito abusi sessuali) e che i centri antiviolenza dell'aiuto alle vittime vengano presi in considerazione relativamente di rado riflette l'immagine predominante dell'uomo nella nostra società, che non può permettersi di essere vulnerabile né tantomeno vittima. Per impostare le offerte di aiuto destinate agli uomini colpiti da violenza è necessario approfondire le ricerche in materia. Occorre infatti verificare se i modelli di consulenza sviluppati per le donne con un vissuto di violenza si addicano anche agli uomini con esperienze analoghe e, se necessario, in che misura debbano essere adeguati. Diverse sono le strategie di superamento e di richiesta d'aiuto da prendere in considerazione: per esempio, molti uomini non chiedono tanto un

sostegno psicologico, quanto piuttosto che si illustri loro concretamente in che modo agire, per esempio a livello giuridico. La conoscenza delle strategie di elaborazione della violenza specifiche all'uno o all'altro sesso dovrebbe costituire la base di un efficace sistema di aiuto. In tal senso sarebbe opportuno prendere spunto da offerte di aiuto consolidate (principio delle *best practices*), per elaborare provvedimenti finalizzati a migliorare gli attuali strumenti di assistenza medica e psicosociale rivolti agli uomini. Specialmente per gli uomini che hanno subito abusi sessuali, stupri o violenze domestiche urgono offerte d'aiuto ad hoc. Il servizio anti violenza, che risponde al numero 1522, assiste le donne, fornisce ascolto e perfino una stanza dove farle dormire se vogliono scappare dal marito aggressivo. Ma non esiste nulla di tutto ciò se la vittima porta i pantaloni. In Piemonte tutte le donne vittime di violenza e maltrattamenti che intendano sporgere denuncia per un reato consumato o tentato sul territorio piemontese, a partire dal 4 aprile 2008, possono beneficiare del Fondo di solidarietà per il patrocinio legale alle donne vittime di violenza e maltrattamenti, istituito con Legge regionale n. 11 del 17 marzo 2008, mentre per gli uomini a livello regionale tale possibilità non esiste ed è possibile che il legale che lo assiste possa provare a richiedere il gratuito patrocinio facendo riferimento alla sola legge nazionale. Anche per le Case Rifugio la situazione non cambia, la Legge Regionale 16/2009 prevede l' istituzione delle case rifugio per l' accoglienza delle sole donne, sole o con figli, vittime di violenza.

3. Il ruolo dell'infermiere forense e la gestione sanitaria.

3.1 Lo sguardo dell'Infermiere Forense: ruolo e responsabilità

Molto spesso la vittima di violenza sessuale viene visitata in Pronto Soccorso da personale medico o infermieristico non adeguatamente preparato, che inficia la raccolta delle prove a causa della propria inesperienza. Personale infermieristico adeguatamente preparato dovrebbe essere presente in ogni Pronto Soccorso per garantire alle vittime, che già stanno vivendo un momento altamente drammatico, la corretta e adeguata assistenza.

Pochi altri reati richiedono un esame così dettagliato di prove come una violenza sessuale; l'esame fisico e la raccolta di prove biologiche nei casi di violenza sessuale necessita dell'inserimento in questo contesto della figura dell'Infermiere Forense che ha la possibilità, grazie alle sue competenze, di rendere più semplice e meno traumatico il processo sia di raccolta delle prove che serviranno per l'identificazione dell'abusante nonché di attenuare le conseguenze della violenza subita.

In Italia la specializzazione in Infermieristica Forense viene introdotta a partire dal 2005, ma ad oggi la vittima che si reca in Pronto soccorso ancora non viene assistita da

personale preparato e specializzato in materia, ed è proprio in questo contesto che andrebbe collocato l'Infermiere Forense così come avviene in altre realtà nel resto del Mondo. Infatti negli Stati Uniti si parla di infermieristica forense già dal 1995; la International Association of Forensic Nursing (IAFN) nel 1998 definisce che la professione di infermiere legale consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale in combinazione con una preparazione biopsicosociale dell'infermiere diplomato nel campo dell'indagine scientifica, del trattamento di casi di lesione e decesso di vittime di abusi, violenza ed incidenti traumatici.

In Italia questa disciplina è ancora in evoluzione ed è difficile darne una definizione propria; possiamo affermare che, l'infermiere legale forense è un professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguarda l'esercizio della professione infermieristica. L'Infermiere forense si pone come obiettivo lo studio degli aspetti concettuali metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica.

Nell'attività di infermieristica legale possono trovare applicazioni molti principi di carattere comunicativo propri della dimensione relazionale dell'assistenza infermieristica. Durante il colloquio in pronto soccorso con persone che possono aver subito una violenza è fondamentale lo sviluppo di un sentimento di fiducia e di empatia e la costruzione di un setting che faciliti l'espressione da parte del soggetto e lo aiuti ad affrontare l'argomento della violenza subita, nella consapevolezza da parte dell'utente di trovarsi di fronte a un professionista capace non solo di ascoltare, ma anche di assistere e curare per le sue specifiche competenze. Il personale infermieristico specializzato in infermieristica forense può quindi fornire ai pazienti un sostegno psicologico, svolgere una funzione da tramite con gli interlocutori (medici, psicologi e assistenti sociali), promuovere e assicurare la qualità e la continuità delle cure, rappresentare un'importante fonte di informazioni.

L'applicazione della scienza forense alla pratica infermieristica prevede per coloro che la praticano l'assunzione di un ruolo importante nell'investigazione clinica di un crimine e nel processo legale che contribuisce alla sicurezza ed alla salute pubblica. L'infermiere forense rappresenta una nuova prospettiva nell'approccio olistico alla cura dei pazienti in ospedale comprendendo anche i problemi legali degli assistiti.

Tale figura professionale si occupa di rendere più semplice e meno traumatico il processo di raccolta delle prove, per tutto ciò che riguarda la catena di custodia e la somministrazione del consenso informato.

3.2 L'importanza della gestione multidisciplinare

La competenza per decodificare i segnali di maltrattamento prevede un raccordo professionale, culturale e una formazione comune che permetta un approccio multidisciplinare di intervento per la gestione in ospedale della vittima di violenza finalizzato a facilitare la comprensione emotiva e cognitiva tra i professionisti, facilitare la comprensione dei ruoli e delle diverse professionalità, identificare una vision ed una mission condivisi. È quindi necessaria un'equipe multidisciplinare dedicata e adeguatamente formata di cui facciano parte non solo il personale medico, infermieristico, medico legale, mediatore culturale ma anche assistenti sociali, psicologi, forze dell'ordine, avvocati.

La decisione dell'uomo di denunciare la violenza subita generalmente viene assunta quando entra in contatto o con le forze di polizia o con un legale. Questo è il momento cruciale per l'emersione della violenza: gli operatori devono conoscere le modalità per aiutare la decisione sia di chiedere sostegno sia di denunciare. Tale capacità impone anche un appropriato percorso per formulare valutazioni cliniche adeguate, nonché idonee a costruire un valido interfaccia con le forze di polizia al fine di raccogliere elementi a scopo forense e coordinare la strategia probatoria. Purtroppo in molti casi l'approccio all'uomo che ha subito violenza non è professionale e non è multidisciplinare, come invece occorrerebbe.

Sempre più spesso gli operatori di polizia e di giustizia si sentono inadeguati e chiedono di essere formati professionalmente. Chiedono anche di essere messi in relazione con gli altri operatori impegnati contro la violenza, soprattutto quando si parla di violenza maschile.

Spesso il reparto di Pronto Soccorso degli Ospedali costituisce il primo dei luoghi in cui l'uomo che ha subito violenza chiede assistenza, si rapporta con le forze di polizia e incontra le Istituzioni, qualora decida di denunciare la violenza, incontra poi il medico-legale, il magistrato e gli assistenti sociali. Certamente il percorso di presa in carico dell'uomo che ha subito violenza è complesso e richiede particolari e specifiche modalità di intervento da parte delle diverse figure professionali coinvolte, giuridiche e paragiuridiche. Purtroppo gli operatori delle forze dell'ordine attualmente sono spesso riluttanti a procedere all'arresto dell'aggressore e si limitano a dare consigli o a chiedere che una delle parti si allontani dal domicilio per un periodo di tempo. Quanto a magistrati e giudici, sono a loro volta restii ad imporre sanzioni significative o che incidano sulla libertà personale, perché considerano la violenza domestica un reato di minore gravità rispetto ad altri. Ciò comporta che chi maltratta possa reiterare il suo comportamento violento, perché sicuro di poter contare sulla sua impunità.

Anche l'azione degli avvocati è spesso limitata dalla non conoscenza sia di alcuni strumenti giuridici diversi da quelli tradizionali sia dalle possibilità di supporto offerte dalle strutture private e pubbliche che operano specificamente sul campo. Risulta

pertanto indispensabile un approccio corretto ed integrato tra i vari operatori adeguatamente e specificamente formati, anche per evitare la vittimizzazione secondaria.

Questi sono alcuni dei motivi per cui sono stati organizzati reparti di Pronto Soccorso Ospedalieri, appositamente attrezzati contro la violenza. Qui si incrociano varie esigenze. L'Infermiere Forense deve rilevare i segni della violenza, documentarli e raccogliere i campioni biologici, sapendo che i segni della violenza variano a seconda dell'età della vittima, delle modalità con cui la violenza è stata inferta, del coinvolgimento psicologico e del contesto in cui la stessa si è esplicitata. Anche la procedura e la tempistica nell'approccio alla vittima devono essere adattate sia alla accoglienza e supporto sia alla raccolta delle prove.

Gli operatori di polizia devono veder soddisfatte le esigenze di perseguire il colpevole, raccogliere gli elementi di prova utili perché il percorso processuale possa fronteggiare le critiche della difesa circa i metodi investigativi, la raccolta delle prove, la documentazione medico-legale, la catena di custodia dei reperti e la validità di tutte le procedure messe in atto nel corso dell'indagine investigativa.

Insomma tutti i gruppi target del progetto – costituiti dagli operatori legali, para-legali e delle forze dell'ordine – devono conseguire capacità di intervento integrato per affrontare adeguatamente fin dal primo contatto la problematica, con ogni salvaguardia per l'uomo che ha subito violenza (e non nell'isolamento individuale e nella solitudine della propria personale sensibilità).

Queste strutture già oggi rappresentano il luogo cruciale in cui questi operatori si incontrano con i medici e gli infermieri. Alcune città e alcuni territori hanno già iniziato ad approntare dei Pronto Soccorso specializzati, i cui addetti sono già stati interessati ad attività di formazione multiprofessionale: Milano (Mangiagalli), Torino (Molinette), Bologna (Ospedale Maggiore) in Italia, Barcellona (Hospital Clinic) in Spagna, Fulda (Freisausschuss Violence and protection Assessment Centre) in Germania e Bordeaux (Centre Hospital-Universitaire) in Francia si offrono come il punto di partenza per questo progetto che intende comparare e confrontare tra loro le diverse esperienze, nonché ampliare sia il numero sia la tipologia degli operatori da coinvolgere in specifiche attività formative. La rete multidisciplinare permette quindi di operare su differenti livelli nel contrastare la violenza del partner nelle relazioni di intimità, per poter offrire una risposta coordinata e integrata nel proteggere le vittime e perseguire l'offensore ed elaborare protocolli di rete condivisi.

3.3 La gestione pratica: aspetti di legislazione ed obblighi giuridici; denuncia e referto; modalità di repertamento delle prove; somministrazione consenso informato.

La capacità di identificare le vittime di un abuso richiede un approccio attento e una serie di competenze specifiche. Una volta che la vittima è stata identificata è essenziale indirizzarla agli enti locali appropriati, per contribuire a garantirne la sicurezza. La capacità di identificare le vittime di abuso richiede una maggiore consapevolezza del problema. La vittima è l'aspetto più importante dell'indagine, rispetto alla violenza sessuale l'infermiere forense dovrà spiegargli che è molto importante sottoporsi ad un immediato esame medico/infermieristico per preservare le prove fisiche al fine di una corretta raccolta delle prove forensi ed informare della disponibilità di una rete di servizi, anche territoriali, di supporto.

La procedibilità d'ufficio per il reato di violenza sessuale ha rappresentato uno dei punti più critici durante la stesura della Legge n.66/1996. Da una parte si premeva affinché la violenza sessuale diventasse un reato procedibile d'ufficio per meglio tutelare la vittima, accentuando così il peso di tali reati, mentre dall'altra si sosteneva il diritto alla riservatezza della persona offesa, per evitare che questa fosse costretta a subire l'ulteriore forma di coartazione di un processo non voluto. La violenza sessuale normalmente è perseguibile a querela della persona offesa, i cui tempi (sei mesi) sono stati raddoppiati rispetto al previgente codice ed è prevista l'irrevocabilità della denuncia una volta proposta. La violenza sessuale può però essere perseguibile d'ufficio nei casi previsti dall'art. 609-quinquies, 609- septies e 609-octies.

Un primo ed importante obbligo che grava su ciascun esercente una professione sanitaria, nei casi in cui è prevista la procedibilità d'ufficio di un reato, è quella della sua tempestiva segnalazione all'Autorità Giudiziaria, attraverso la redazione del referto. Tale obbligo è espressamente previsto dall'Art. 334 del codice di procedura penale (c.p.p.) e penalmente sanzionato in caso di omissione o ritardo dall'Art. 365 del codice penale (c.p.) con una multa fino a 516 euro e la pena accessoria dell'interdizione dalla professione per la durata non inferiore ad un mese.

L'obbligo del referto è una disposizione di ordine assoluto e vige anche nel caso l'Autorità giudiziaria abbia avuto notizia del fatto per altra via. Il professionista sanitario ha l'obbligo di dare notizia dei casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio secondo le seguenti modalità:

- chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al Pubblico Ministero o a qualsiasi Ufficiale di Polizia Giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di Polizia Giudiziaria più vicino;
- il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga ad identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che

servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare;

- se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione sono tutte obbligate al referto con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

In tal senso il referto rappresenta una relazione tecnica di natura "diagnostica e prognostica", obbligatoria anche quando sussiste il solo "sospetto" di un delitto procedibile d'ufficio, in quanto compete esclusivamente al magistrato indagare sul fatto e non al sanitario.

Vi sono tuttavia due circostanze in cui l'omissione di referto non costituisce reato:

- a) se esso espone la persona assistita a procedimento penale (comma 2 dell'Art. 365 c.p.)
- b) in ragione della necessità del sanitario di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un "grave ed inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore" (Art. 384 c.p.).

Il professionista sanitario (incaricato di pubblico servizio) ha l'obbligo di segnalare all'Autorità Giudiziaria, mediante denuncia, qualunque reato perseguibile d'ufficio, qualora ne sia venuto a conoscenza "nell'esercizio o a causa del servizio". Il contenuto della denuncia si differenzia da quello del referto, in quanto sarà caratterizzato non tanto da un giudizio tecnico, bensì dagli elementi essenziali dei fatti, quali il giorno dell'acquisizione dell'informazione, le fonti prova già note, ogni dato utile ad identificare la persona responsabile, quella offesa ed anche altre persone in grado di riferire. Diversamente da quanto previsto per il referto, la denuncia è obbligatoria anche quando si esporrebbe la persona a un procedimento penale.

Per quanto riguarda invece la modalità di repertamento delle prove vengono seguite le Linee Guida del Ge.Fi (allegato).

È importante inoltre nella fase preliminare dell'accoglienza della vittima in Pronto soccorso far firmare il Consenso Informato, quale manifestazione di volontà che il paziente esprime liberamente in ordine ad un accertamento e/o un trattamento sanitario cui deve essere sottoposto e che deve essere preceduto da una accurata informazione circa le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali, i rischi ragionevolmente prevedibili. Il consenso è personale e non delegabile e deve essere espresso al momento.

Conclusioni

Affrontare la questione che lega gli uomini alla violenza costituisce ancora una sfida. È difficile parlare di uomini autori di violenza; è forse ancora più difficile parlare di uomini vittime di violenza, soprattutto se questa avviene da parte di una donna. La parità fra uomini e donne potrebbe sembrare una cosa ovvia, la base di partenza per una società

giusta ed equa dove i diritti di tutti vengono rispettati. Anche la costituzione Italiana ribadisce questo concetto, e all'articolo 3 afferma che tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

I maltrattamenti commessi da parte di un partner o ex partner hanno conseguenze negative sul piano psicofisico, sul piano dell'autonomia soggettiva dell'uomo e sul piano sociale. Il non riconoscimento della violenza come causa di malattia diventa uno dei fattori che favorisce l'incidenza degli esiti a distanza. Le vittime di violenza hanno bisogno di un'assistenza particolare gestita da più professionisti che insieme operano in un'ottica multidisciplinare ed è in questo contesto che si inserisce l'Infermiere Forense quale attore principale per l'attivazione delle risorse disponibili. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, esso ha la possibilità di rendere più semplice e meno traumatico il processo di raccolta delle prove che serviranno per l'identificazione dell'aggressore, nonché le conseguenze della violenza.

In questo ambito la strada da percorrere, in Italia, presenta ancora alcuni ostacoli dovuti alla reticenza culturale sull'argomento che hanno portato a non approfondire un fenomeno che continua a rimanere sommerso, ma che necessiterebbe di maggiore presa di coscienza sulla reale possibilità che anche l'uomo può essere vittima e non solo carnefice. Il numero dei casi degli uomini che subiscono violenza e che la denunciano appare ancora molto esiguo; tale risultato potrebbe essere influenzato dal fatto che gli studi effettuati su questo argomento hanno una bassa numerosità campionaria e poca visibilità sociale. Ulteriori studi possibilmente su campioni più numerosi sono necessari per chiarire i meccanismi attraverso cui si perpetra la violenza al maschile affinché possano essere individuati strumenti per contrastare tale fenomeno che diventino di uso comune.

Allegati:

Protocollo Sanitario nei casi di maltrattamenti e violenza sessuale

All'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Molinette è stato adottato un protocollo dedicato all' accoglienza delle vittime di maltrattamenti e violenza sessuale che rispetta le esigenze di necessità cliniche incluse quelle psicologiche, di refertazione, di salute sociale in linea con gli standard minimi per assicurare il diritto ad un corretto procedimento giudiziario; la procedura non differisce tra vittime femminili e vittime maschili.

Gli obiettivi del protocollo sono molteplici:

- facilitare e standardizzare l' espletamento delle procedure e dei rilievi necessari per tutti gli operatori;
- offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, garantire riservatezza, disponibilità all' ascolto, testimonianza del fatto accaduto;
- conoscere ed utilizzare informazioni riguardo ai riferimenti legislativi ed agli obblighi di legge previsti per il fatto;
- ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove del fatto ,
- raccogliere e conservare correttamente il materiale repertato e di inviarlo al centro di raccolta.

Di seguito si riporta il protocollo integrale utilizzato:

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA VIOLENZA SESSUALE IN PRONTO SOCCORSO

Fasi previste:

1. Accoglienza e protocollo d'individuazione.
2. Acquisizione del consenso al trattamento dati ed acquisizione prove giudiziarie.
3. Anamnesi accurata con storia medica dell'aggressione.
4. Esame obiettivo completo.
5. Acquisizione delle prove giudiziarie.
6. Esecuzione di accertamenti biologici.
7. Compilazione Disegni anatomici
8. Esecuzione fotografie.
9. Provvedimenti preventivi anticoncezionali.
10. Chemioprofilassi empirica delle malattie sessualmente trasmesse
11. Richiesta di consulenze specialistiche. Attivazione della rete di rapporti con altri servizi

e strutture territoriali .

12. Informativa all'autorità giudiziari.

13. Refertazione a favore della vittima in caso di denuncia posposta.

14. Controllo della procedura Check-list.

15. Dimissione della vittima o ricovero in regime di degenza.

FASE 1:

ACCOGLIENZA , PROTOCOLLO DI INDIVIDUAZIONE DELLA VIOLENZA

1.1 IN TRIAGE : verificare se le vittime presentino segni visibili di trauma fisico, o asseriscano di essere state vittime di violenza o presentino crisi di panico e stati d'ansia. Non parlare con la vittima davanti ad altri utenti. Verificare chi è l'accompagnatore e non porre le domande davanti a lui.

Porre con tatto le domande del protocollo di attenzione. Nel dubbio segnalare al medico di sala con telefonata o accompagnare direttamente il/la paziente in sala di visita . Nel dubbio consegnare l'opuscolo del Centro antiviolenza .

1.2 IN SALA VISITA: Massima attenzione all'ambiente ed alla riservatezza. Atteggiamento degli operatori, rassicurante, disponibile all'ascolto, non frettoloso. Presenza dei soli operatori necessari del servizio con esclusione di ogni altra persona. Esecuzione delle procedure e degli spostamenti strettamente necessari. Offrire spiegazioni su tutto l'iter della visita, degli esami e della refertazione. Se non si dispone della privacy necessaria cercare studio riservato o contattare il Centro antiviolenza. Avvisare eventuali consulenti necessari.

1.3 PROTOCOLLO DI INDIVIDUAZIONE DELLA VIOLENZA DOMESTICA

- Si sente sicura/o nella sua attuale relazione ?
- C'è una persona o ex compagno che la fa sentire insicura/o ora?
- È stata/o umiliata, picchiata, presa a pugni o schiaffi o calci o altrimenti ferita/o nell'ultimo anno?- Se sì da chi?
- È coinvolta/o in una rapporto da cui si sente ferita/o ?

Non fare domande dirette sull'episodio acuto di Violenza Interpersonale se non ammesso.

FASE 2

MODULO DI CONSENSO AL PRELIEVO ED ALLA CESSIONE DI TUTTI I MEZZI DI PROVA E DELLE INFORMAZIONI (Allegato 1.1)

Il consenso al trattamento dei dati personali è esattamente lo stesso per tutti gli utenti del Pronto Soccorso e non è subito necessario nelle situazioni di urgenza. (art. 10 legge 675 31/12/1996 e seguenti)

Consenso al trattamento dei dati al prelievo ed utilizzo di esami e prove con finalità giudiziarie. Compilare, datare e firmare a cura del sanitario e della Vittima.

FASE 3

STORIA MEDICA DELLA VITTIMA ED INFORMAZIONI SULL'AGGRESSIONE.

(ALLEGATO 1.2)

Circostanze e modalità del fatto

Riportare con precisione il racconto della vittima facendo emergere i fatti essenziali:

- data e luogo.
- notizie sull'aggressore/i: numero, conoscenza, grado di parentela.
- testimoni.
- ingestione di stupefacenti/alcool.
- perdita di coscienza.
- sequestro e lesioni fisiche.
- penetrazione vaginale e/o anale e/o orale unica o ripetuta.
- uso di profilattici.
- avvenuta eiaculazione.
- manipolazioni digitali.
- Riportare il tempo passato fra la violenza e la visita.
- Riportare eventuale pulizia delle zone lesionate o penetrate, cambio di indumenti e biancheria intima, eventuali minzioni o defecazione.
- Segnalare assunzione di farmaci.
- Segnalare rapporti sessuali avvenuti prima e dopo l'aggressione.
- Riportare la sintomatologia riferita dalla paziente (cefalea, dolori, algie pelviche, disturbi genitali o perianali).
- Riportare sintomi psichici manifestati: paura, impotenza, orrore, assenza di reattività emozionale, stordimento, amnesia dissociativa, incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma, pensieri, sogni, flash-back etc.

Comprende: Dati anagrafici. Dati anamnestici con particolare rilevanza con quelli connessi con le aggravanti specifiche del reato (violenza di gruppo, continuazione del reato, abuso su minore, etc. vedi elenco dettagliato). Esecuzione di esame obiettivo dettagliato e finalizzato alla refertazione e alla refertazione del fatto. Documentazione di tutti gli elementi necessari per una successiva perizia medico legale. Compilare e firmare a cura del sanitario.

FASE 4 ESAME OBIETTIVO

4.1 ESAME OBIETTIVO GENERALE : con descrizione delle lesioni anche con riferimenti temporali alle lesioni pregresse

4.2 ESAME GINECOLOGICO

4.3 PELVICO

4.4 ORALE.

Lesioni traumatiche o contusive.

Arrossamenti.

Escoriazioni.

Soluzioni di continuo superficiali.

Soluzione di continuo profonda.

Aree ecchimotiche.

Sanguinamenti.

Lesioni traumatiche contusive: grandi labbra, piccole labbra, clitoride, meato uretrale, forchetta, regione perianale, regione anale, regione orale.

Annotazione delle lesioni sulle figure anatomiche. (ALLEGATO 1.4) .

FASE 5. REPERTAZIONE

ESECUZIONE PRELIEVI (REPERTAZIONE A SCOPO MEDICO LEGALE E GIUDIZIARIO)

-batteriologici.

-ematochimici.

-tossicologici.

-infettivologici.

-ricerca spermatozoi.

- Conservazione del materiale biologico e degli indumenti della vittima.

FASE 5.1: INDUMENTI ESTERNI, INTIMI E PRELIEVO DI MATERIALE ESTRANEO.

- Fare asciugare tutti gli indumenti bagnati o umidi in aria prima di confezionarli (almeno 1 ora o finchè sono asciutti)
- Qualora la vittima abbia cambiato indumenti dopo l'aggressione prelevare solo i capi a diretto contatto con i genitali della vittima stessa.
- Informare la polizia dell'eventuale cambio di indumenti in modo da permettere il recupero degli indumenti usati al momento dell'aggressione.
- Non tagliare eventuali strappi, macchie, o buchi presenti negli indumenti.
- Non scuotere gli indumenti per non perdere eventuali tracce di prove.
- Utilizzare solo sacchetti di carta del tipo usato dagli alimentaristi.
- Stendere sul pavimento un lenzuolo pulito.
- Prendere dal sacchetto MATERIALE ESTRANEO il lenzuolino di carta ripiegato e stenderlo sopra il lenzuolino già steso per terra.

- Indicare alla vittima di spogliarsi lentamente in piedi al centro del lenzuolino di carta e farsi consegnare ciascun indumento tolto.
- Ogni indumento andrà messo in un sacchetto ABBIGLIAMENTO ESTERNO. Gli slip andranno messi nel SACCHETTO SLIP.
- Riavvolgere il lenzuolino su cui la vittima si è spogliata e metterla nel SACCHETTO MATERIALE ESTRANEO.
- Pinzare tutti i sacchetti richiusi e compilare tutte le informazioni richieste sulle rispettive etichette con pennarello indelebile o etichetta adesiva .

FASE 5.2: IL PRELIEVO DEL MATERIALE RESIDUO.

- Se disponibile utilizzare lampada UV.
- Dalla busta MATERIALE RESIDUO prelevare un lenzuolino ripiegato, aprirlo su superficie piana e raccogliere tutto l'eventuale materiale residuo presente sulla vittima (sporizia, capelli, foglie, fibre, insetti etc) metterlo sul foglio e ripiegarlo.
- Rimettere i foglietti di carta riavvolti ed etichettati nelle buste MATERIALE RESIDUO, sigillare la busta, compilare tutte le informazioni richieste, compresa l'annotazione sui disegni anatomici della parte da cui è stato prelevato il campione.

FASE 5.3: PRELIEVO DI PELI PUBICI CON IL PETTINE

- Prendere la salvietta di carta ed il pettine contenuti nella Busta PRELIEVO DI PELI PUBICI CON IL PETTINE.
- Far sdraiare la vittima avendo posizionato la salvietta sotto la zona lombare.
- Utilizzando il pettine in dotazione, pettinare il pelo pubico verso il basso, facendo cadere eventuale materiale o peli sulla salvietta.
- Togliere la salvietta, mettervi al centro il pettine, ripiegare e mettere nella busta originale.

FASE 5.4: PRELIEVO DI PELI PUBICI A STRAPPO

FASE 6 PRELIEVI DI CAMPIONI BIOLOGICI

FASE 6.1: TAMPONE E STRISCIO VAGINALE

Tamponare attentamente la volta vaginale usando contemporaneamente due tamponi che devono essiccare all'aria un'ora. Ripetere con altri due tamponi. Preparare due strisci sui vetrini forniti. Dopo l'asciugatura mettere i tamponi nelle due scatolette apposite e i vetrini nel portavetrini, etichettare DNA VAGINALE sulle scatolette dei tamponi e sul portavetrini.

Inviare al Laboratorio di Microbiologia i campioni con terreno di coltura per la ricerca degli agenti infettanti che devono essere separati da quelli del kit antistupro.

FASE 6.2: TAMPONE E STRISCIO ANO-RETTALE entro 5 giorni

ESECUZIONE:

- Tirare e non tagliare 15-20 peli pubici interi e metterli nella busta apposita
- Prelevare solo in caso di penetrazione vaginale
- Non macchiare o usare agenti chimici
- Non inumidire i tamponi prima del prelievo del campione.
- Prelevare separatamente campioni SU TERRENO DI COLTURA per ricerca di neisseria, gonorrea, clamidia trachomatis, batteri.
- Prelevare solo in caso di penetrazione rettale
- Non macchiare o usare agenti chimici
- Non inumidire i tamponi rettali prima del prelievo del campione.

1- Tampone anale

Inumidire 2 tamponi con fisiologica e strisciarli sulla cute perianale. Asciugare i tamponi 1 ora all'aria, inserirlo nella custodia e conservare a 4°C in frigorifero. Etichettare TAMPONE ANALE sul contenitore.

2- Tamponi rettali

Tamponare il canale rettale con due tamponi, effettuare lo striscio sui due vetrini. Far asciugare i tamponi 1 ora all'aria e inserirli nella custodia e conservare a 4 °C in frigorifero per 24-48 ore al max o se vi è la possibilità mettere nel freezer a – 20°C a tempo indeterminato. Riporre lo striscio sul portavetrino ed i tamponi nella scatoletta.

Etichettare TAMPONE RETTALE sul contenitore.

FASE 6.3: TAMPONE E STRISCIO ORALE ENTRO 24 ORE

Tamponare la zona orale e la rima gengivale contemporaneamente con due (2) tamponi, effettuare lo striscio su entrambi i tamponi. Far asciugare 1 ora all'aria , poi riporre lo striscio sul portavetrino ed i tamponi nel contenitore inserirlo nella custodia e conservare a 4 °C per 24-48 ore al max o inviare nel freezer a –20°C a tempo indeterminato. Etichettare ORALE sul contenitore.

FASE 6.4: PRELIEVO DI CAPELLI A STRAPPO.

Tirare (non tagliare) almeno 5 capelli in tutta la lunghezza da ciascuna delle seguenti zone nuca, centro, lato destro, lato sin. Metterli in busta apposita, sigillare. Etichettare CAPELLI.

FASE 6.5: CAMPIONE DI SALIVA

Prendere dalla busta campione di saliva il dischetto di carta, senza toccare la parte interna. Mettere il dischetto piegato nella bocca in modo da imbibire la parte interna. Far asciugare, mettere nel sacchetto di carta, etichettare SALIVA.

FASE 6.6: CAMPIONI DI SANGUE ed URINE

Prelevare due provette di sangue per tipizzazione di gruppo e DNA, inserire nella busta di pluriball, sigillare ed etichettare: CAMPIONI DI SANGUE. Prelevare i restanti campioni per tossicologico e per esami sierologici ed inviare al laboratorio specificando che si tratta di reperti ad uso giudiziario. Questo materiale va conservato come il restante in frigorifero a 4°C per max 24-48 ore poi in freezer a –20°.

Prelevare anche le provette per uso clinico da inviare separatamente .

- Prelevare solo in caso di contatto oro-genitale.
- Non macchiare o usare agenti chimici.
- Non inumidire i tamponi prima del prelievo del campione.

Il soggetto non deve aver mangiato o bevuto da 25 minuti prima del prelievo

Campioni di sangue per Gruppo sanguigno e DNA 1 provette.

Campioni di sangue per esami tossicologici. 2 provette.

Campioni di urina per esami tossicologici. 2 provette.

Campioni di sangue per VDRL, HCVab, Clamidia, HBSAg , anti HBS , HIV (2 provette.)

Campione di urina per test di gravidanza. 1 provetta.

Fase 6.7 : CAMPIONI DI UNGHIE

Raschiare le unghie della vittima solo se si nota materiale estraneo o se richiesto dalla Polizia. Esecuzione: Scraping con appositi puntali e raccolta del materiale prelevato da ciascun'unghia in singole provette da 1,5 ml (con etichetta recante indicazione della sede del prelievo) . Conservare in frigorifero per 24-48 ore al max o se vi è possibilità mettere nel freezer a - 20° a tempo indeterminato. Etichettare RASCHIATURA UNGHIE MANO SINISTRA.

- Ripetere il tutto per la mano destra. Etichettare RASCHIATURA MANO DESTRA.

FASE 6.8 : TAMPONE CUTANEO se il paziente non si è lavato .

Serve a raccogliere saliva o sperma nelle sedi indicate in base all'anamnesi. Esecuzione: inumidire 1 tampone con sol. Fisiologica e strisciarlo sulla cute di contatto indicata dalla vittima. Asciugare il tampone 1 ora all'aria , inserirlo nella custodia e conservare a 4 °C in frigorifero per 24-48 ore al max o se vi è la possibilità mettere tutto nel freezer a -20°C a tempo indeterminato.

FASE 7

DISEGNI ANATOMICI: (ALLEGATO 1.4).

Annotare eventuali rinvenimenti sul corrispondente disegno anatomico. Compilare, firmare e datare.

FASE 8

DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA DELLE LESIONI

Eeguire fotografie delle lesioni rilevate ponendo vicini un oggetto di dimensioni facilmente riconoscibili od un centimetro, sviluppare e riporre nella bustina di pluriball, sigillare etichettare FOTOGRAFIE. Nel caso di uso di macchina digitale estrarre la memoria e conservarla in busta antimagnetica.

FASE 9 CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

- NORLEVO® O LEVONELLE ® (levonorgestrel) 0,75 mg 2 cpr subito Oppure
 - Evonor D® o Novogin 21 (2 cpr subito e 2 cpr dopo 12 ore).
- Tale procedura deve essere eseguita entro le 72 ore dal rapporto

FASE 10 CHEMIOPROFILASSI EMPIRICA

10.1 CHEMIOPROFILASSI

-Ceftriaxone (Rocefin®) 250 mg im o Spectinomina 2 gr im più Doxiciclina (Bassado ®) 100 mg x 2 x 7gg

-se la donna è gravida la doxiciclina va sostituita con Azitromicina 500mg x 2 (Zitromax ®).
oppure

- Metronidazolo (Deflamon ®) 2 cpr x 4 in 24 ore (2 gr totali) per os (non va somministrato nel 1° trimestre di gravidanza) più Azitromicina (500 mg 1 cp x 2

10.2 PROFILASSI EPATITE B

- Ig specifiche 0,06 ml/kg im subito e dopo 30 gg serve un consenso informato .

10.3 PROFILASSI HIV solo se vi è indicazione anamnestico ed in caso di contatto con liquidi biologici:

REGIME DI BASE: Combivir® 1 cp x 2 (Zidovudina + Lamivudina 150 mg) più KALETRA ® (Lopinavir-Ritonavir) 2 co x 2 .

FASE 11. CONSULENZE

- Centro Demetra dell'Ospedale
- Referenti ospedale Infermieri di PS
- Psichiatria
- Tossicologia Baldi e Riberi .
- Assistente sociale dell'Ospedale o Servizi sociali Comune Torino
- Forze di Polizia.:Carabinieri 112 Polizia 113
- Centralino Polizia Municipale
- Ospedale Sant'Anna Centro Soccorso violenza Sessuale (solo donne)
- Ospedale Infantile Centro Bambini Regina Margherita (solo bambini) 0113134444

FASE 12. INFORMATIVA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA (ALLEGATO 1.3)

Obbligo di denuncia:

- Violenza sessuale su minore da parte di maggiorenne.
- Violenza sessuale su minore da parte di minore con differenza di età > di 3 anni (es. 17enne su 13enne).
- Violenza sessuale su minore (< 18 anni) commessa da genitore, adottante, convivente del genitore o altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia.
- Violenza sessuale di gruppo.

Violenza commessa insieme con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio :

- Lesione personale lieve (prognosi > 20 gg) (art 582 c.p.)

- Lesione personale grave (se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa o una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per più di 40gg, o l'indebolimento permanente di un senso o di un organo)
- Lesione personale gravissima (se dal fatto deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo o della sua funzione, della capacità di procreare, difficoltà permanente e grave della parola, deformazione o sfregio permanente del viso) art 583-590 c.p.
- Se la vittima pur con prognosi inferiore a 20 giorni è stata colpita con armi o sostanze corrosive (art. 585 c.p.)
- Quando vi sia abbandono di minore o di incapace (es. anziano invalido) (art 591 c.p.)
- Quando vi sia stata omissione di soccorso (art 593 c.p.)
- Quando vi sia stata violenza privata (art 610 c.p.)
- Quando vi sia stato sequestro di persona (art.605 c.p.) da intendersi come privazione della libertà personale
- Quando sia stata procurata incapacità a seguito della violenza diversa da quella fisica o a seguito di somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti (art. 613 c.p.)
- Violenza commessa da/o a pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (artt.336,337 c.p. , artt.610 e 61 c.p.) .
- Violenza commessa insieme con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio.
- Minaccia grave o commessa con armi o da più persone riunite (art.612, 2° comma c.p.)
- Violazione di domicilio (art.614 c.p.)
- Induzione o favoreggiamento della prostituzione(art 3-4 L- 75/58)
- Prostituzione minorile (art.600 bis 2° comma c.p.)
- Pornografia minorile (art 600 ter e quater c.p.)
- Turismo sessuale (art 600 quinquies c.p.)
- Stalking su minore (art.612 bis c.p.)

FASE 13. REFERTAZIONE PER DENUNCIA ENTRO I SEI MESI CONSENTITI DALLA LEGGE

Se il soggetto violentato vuole presentare querela entro 180 gg: una copia del passaggio di PS va dato alla vittima.

FASE 14: CHECK-LIST FINALE

- Accertarsi che tutte le informazioni richieste su tutte le buste, moduli e le etichette dei sacchetti siano compilate.
- Moduli separati per le fasi 2-3-5-12.
- Trattenere 1 copia (fotocopia) del verbale per l'archivio dell'Ospedale ed inviare alla DIREZIONE SANITARIA
- 1 copia di tutto va nella busta del kit-antistupro

- 1 copia va in busta intestata " Per le forze dell'Ordine"
- Ad eccezione delle buste INDUMENTI ESTERNI e delle buste SLIP tutto il resto delle buste (usate o no) va inserito nel bustone KIT ANTISTUPRO.
- Compilare tutte le informazioni richieste sul modulo PERSONALE OSPEDALIERO
- Consegnare il KIT e le buste sigillate alle Forze dell'Ordine e far compilare il Modulo PERSONALE DI POLIZIA. (allegato 1.5) SE NON È POSSIBILE CONSEGNARLE SUBITO : CONSERVARE IL TUTTO IN LOCALE SICURO E REFRIGERATO, E CIOE' FRIGORIFERO DI ACCETTAZIONE PRESSO LABORATORIO ANALISI BALDI E RIBERI (-20°)
- Non mettere nel kit nessun campione prelevato per esigenze cliniche ad uso dell'Ospedale, vanno inviati per via ordinaria al Laboratorio.

FASE 15: DIMISSIONI DELLA VITTIMA

Accertarsi della sicurezza della vittima, in caso di mancanza di questo dato trattenerla in Ospedale se consenziente, richiedere supporto del Servizio Sociale, Attivare Centro Antiviolenza dell'Ospedale, Organizzare Colloquio con Psicologo successivo, Indicare Consulenza Infettivologica successiva presso Osp. Amedeo di Savoia, Fornire Depliant per consulenza legale, Servizi Sociali, Associazioni Antiviolenza.

Allegato 1.1: MODULO DI CONSENSO AL PRELIEVO ED ALLA CESSIONE DEI MEZZI DI PROVA E DELLE INFORMAZIONI

Io sottoscritta/o, acconsento liberamente a permettere al Dott., nonché ai suoi colleghi ed assistenti, ad effettuare una visita per prelevare i mezzi di prova relativi ad una violenza sessuale. La procedura da seguire mi è stata spiegata e so che la visita comprende esami per rilevare presenza di sperma ed altri materiali biologici, nonché la presenza di agenti di malattie trasmesse sessualmente. So che la visita comprende la rilevazione di segni clinici di penetrazione o lesioni alla mia persona e la raccolta di materiale sia ad uso clinico che giudiziario.

Comprendo la natura della visita ed il fatto che le informazioni mediche raccolte potranno essere usate come mezzi di prova in sede giudiziaria oppure in relazione ad applicazione di dispositivi legislativi o di norme di igiene pubblica.

Non Autorizzo Autorizzo
L'Ospedale od il suo personale a prelevare reperti ed a effettuare esami fotografici ed a cedere campioni di analisi, referti medici ed altre informazioni pertinenti a questo caso compreso il materiale fotografico al personale di Pubblica Sicurezza. Libero il personale e l'Ospedale da ogni responsabilità derivante dalla cessione per scopi leciti delle informazioni da me autorizzata.

FIRMA..... TESTIMONI..... DATAORA.....
GENITORE O TUTORE.....

**Allegato 1.2: STORIA MEDICA DELLA VITTIMA ED INFORMAZIONI
SULL'AGGRESSIONE**

si prega di scrivere stampatello

1. Cognome e nome.....

2. Data di nascita.....

3.Sesso M • F•

4. Coniugato Stato Civile

5. Data ed ora dichiarati dell'aggressione.....

6. Data ed ora della visita Ospedaliera.....

7. Medico repertante.....

8. Infermiere repertante.....

9. Fra l'aggressione e la visita il soggetto ha:

fatto un bagno/doccia

usato irrigazione

cambiato indumenti

urinato

lavato i denti o usato collutorio

defecato

vomitato

mangiato/bevuto

Riuscita Con Eiaculazione Non So

10.Vi è stata penetrazione di:

Vagina Ano Bocca Tentata Corpi estranei Altro

11. Contatto sessuale oro-genitale: Fellatio Cunnilingus Digitale

12 L'aggressore ha usato : Preservativo .

13 La vittima era mestruta:

14. Vi sono stati rapporti consensuali nelle ultime 72 ore: quando..... con
preservativo si no

15. La vittima è gravida:

16. La vittima ha perso sangue:

17Perdita di conoscenza: si .

18. Numero degli aggressori:

19. Rapporti con la vittima:

no si quali.....

Razza Parente Conoscente Estraneo

20. Testimoni:..... no

21 L'aggressore ha perso sangue: si no

da dove.....

22 La vittima ha assunto farmaci, alcol, stupefacenti:

Quali.....

23. È stata usata forza: minacce verbali coltello pistola

24. Stato emotivo della vittima: letargia

25. Sintomi: shock Cefalea Dolori amnesia depressione rabbia spavento strozzamento
agitazione ricatto pugni calci pianto Disturbi locali

26. Aspetto esteriore della vittima

27. Descrizione dell'aggressione:

data..... Il Medico.....

Allegato 1.3

L'Infermiere.....

INFORMATIVA ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA Torino li

Ill.mo sig. Procuratore della Repubblica di Torino

Informo la S.V. Ill.ma di aver visitato in Pronto Soccorso alle ore e di averlo Dimesso /

Ricoverato alle ore

del

il

Il/La Sig./ Sig.ra

E abitante a

Telefono

E di averlo trovato affetto da

Trattasi di lesione causata da

E' guaribile in gg

In fede

Tale referto è compilabile direttamente su Track-Care

Allegato 1.4 - Disegni Anatomici

Scheda di repertazione (fac simile)

N° BAR CODE

Cognome e nome Paternità (se minore) Maternità (se minore) Nata a
il

SEGNALAZIONE A.G. SI NO

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLE PROCEDURE DI REPERTAMENTO DELLE TRACCE
BIOLOGICHE

La/Il sottoscritta/o nato/a a il residente a
dichiara di essere stata/o informato dal dott. della finalità del prelievo di eventuali tracce
biologiche ritenute utili per indagini genetiche, dell'effettuazione dei rilievi fotografici e
che i suddetti prelievi verranno conservati per almeno 6 mesi.

Operatore sanitario che fornisce l'informazione (firma)

Paziente/genitore/legale rappresentante (firma)

La/Il sottoscritta/o nato/a a il residente a
dichiara di acconsentire al prelievo di eventuali tracce biologiche ritenute utili per
indagini genetiche, all'effettuazione dei rilievi fotografici e che i suddetti prelievi verranno
conservati per almeno 6 mesi.

Operatore che acquisisce il consenso (firma)

Paziente/genitore/legale rappresentante (firma)

INDUMENTI DELLA VITTIMA

CODIFICA REPERTO

Data del repertamento

Operatore

Il reperto è stato inviato in

Data di invio del reperto

Operatore che ha ricevuto il reperto

CORPO DELLA VITTIMA

CODIFICA REPERTO

Data del repertamento

Operatore

Il reperto è stato inviato in

Data di invio del reperto

Operatore che ha ricevuto il reperto

- Tampone orale

- Tampone orale

- Tampone periorale

- Tampone periorale

- Tampone vulvare

- Tampone vulvare

- Tampone vaginale
- Tampone vaginale
- Tampone perivaginale
- Tampone perivaginale
- Tampone anale
- Tampone anale
- Tampone perianale
- Tampone perianale
- Tampone penieno
- Tampone penieno
- Tampone cute in regione... .. .
- Tampone cute in regione... .. .
- Tampone cute in regione... .. .
- Tampone cute in regione... .. .
- Altro (specificare)

Kit di rilevazione dei mezzi di prova della vittima di violenza (Kit antistupro)

È uno strumento d'aiuto per il Medico o l'Infermiere in sede di visita per il prelievo e la conservazione dei campioni probatori su vittime d'aggressione sessuale che saranno poi esaminati dalla Polizia Scientifica. L'Ospedale non è tenuto, né invitato ad analizzare i campioni probatori raccolti. Il Medico e l'Infermiere non devono esprimere alcun'opinione personale diagnosi o conclusione né alle vittime né a terzi.

Il kit comprende:

- 1) Busta o contenitore denominato kit antistupro
- 2) Due copie di questo protocollo (una per il medico ed una per l'infermiere) e della check-list.
- 3) Tamponi sterili per prelievo (con contenitore) analoghi a quelli usati per i tamponi faringei)
- 4) Provette di soluzione fisiologica sterile per umettare prove biologiche.
- 5) Provette sterili per prelievi ematici e di urine.
- 6) Vetrini smerigliati per striscio
- 7) Portavetrini.
- 8) Raschietti di plastica.
- 9) Pennarelli indelebili per etichettare.
- 10) Etichette adesive per etichettare reperti e buste.
- 11) Sacchetti di carta per indumenti, slip, peli pubici, capelli.

- 12) Fogli e lenzuolini di carta.
 - 13) Pettine.
 - 14) Salviette di carta.
 - 15) Buste di PLURIBALL per conservazione reperti con etichette (Fotografie).
 - 16) Busta antimagnetica (per memoria fotocamera digitale).
 - 17) Buste di carta per la consegna del materiale alla Polizia.
 - 18) Tampone di carta per il prelievo della saliva.
 - 19) Provette per il prelievo di sangue per Gruppo Sanguigno e DNA.
 - 20) Modulo di Consenso informato al prelievo ed alla cessione delle prove.
 - 21) Modulo: Storia medica della vittima ed informazione sull'aggressore.
 - 22) Modulo personale medico-polizia -Ist.Medicina Legale
 - 23) Modulo per la Refertazione all'autorità giudiziaria.
 - 24) Disegni anatomici delle parti su cui annotare lesioni e siti di prelievi.
 - 25) Registro dei reperti.
- Macchina fotografica. È nell'ufficio della Caposala.

Linee guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento, a cura Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I)

Finalità: lo scopo delle linee guida è quello di pianificare l'intervento dei professionisti della salute coinvolti nella repertazione di tracce biologiche nei casi di violenza sessuale e/o maltrattamento, dichiarati o sospetti.

Gli obiettivi sono:

- facilitare e standardizzare l'espletamento delle procedure e dei rilievi necessari;
- garantire la completa ottemperanza degli obblighi di legge in tema di maltrattamento e/o violenza sessuale;
- ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove e della catena di custodia, al fine di assicurare valenza probatoria delle fonti di prova, specie se accertamenti irripetibili;
- fornire anche un valido strumento per la formulazione di una diagnosi o di un sospetto diagnostico di violenza sessuale e/o maltrattamento, in particolare nei minori.

Campo di applicazione: le presenti linee guida trovano applicazione nel percorso assistenziale di minori e/o adulti vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento. Le presenti linee guida devono essere considerate a completamento dei protocolli per il percorso assistenziale delle vittime di abuso sessuale e/o maltrattamento in uso presso le strutture ospedaliere/universitarie e presso i centri di accoglienza.

Le raccomandazioni generali contenute rappresentano i "requisiti minimi" che potranno essere implementati nelle singole realtà sanitarie. I professionisti sanitari devono fornire una continua e chiara informazione alle vittime di abuso sessuale e/o maltrattamento

sulle procedure previste dai Protocolli, ivi compresa la repertazione di eventuali tracce biologiche al fine di analisi del DNA e più in generale di analisi di genetica-forense.

Il consenso alle procedure di repertazione di eventuali tracce biologiche dovrà essere formalizzato nella documentazione sanitaria.

È auspicabile, considerata la peculiarità e la delicatezza dell'indagine, contattare, qualora possibile, un esperto in genetica forense per eventuali consigli sulla repertazione e conservazione.

Materiale da repertare

Le tracce di materiale biologico (tracce di sangue, sperma e saliva, formazioni pilifere, sudore, cellule di sfaldamento dell'epidermide, etc) che si possono reperire sono soprattutto:

A - sugli indumenti: le tracce presenti sugli indumenti non sempre sono visibili ad occhio nudo. Tutti gli indumenti, pertanto, devono essere repertati. Devono essere repertati anche eventuali assorbenti, pannolini o quanto a contatto con le regioni intime;

B - sul corpo della vittima: i prelievi devono essere guidati anche dal racconto della vittima. Per tale motivo devono essere effettuati almeno due tamponi sia nelle zone tipiche - orale, periorale, vaginale, perivaginale, vulvare, anale, peniena - che in zone dove l'aggressore ha effettuato dei tocamenti, si è potuto accostare con i genitali o con la bocca, etc.

È utile effettuare un tampone sotto le unghie di ogni dito o il prelievo dell'estremità delle unghie della vittima (ricerca di eventuale materiale biologico dell'aggressore depositato durante azioni di difesa della vittima, magari non riferite o percepite dalla stessa), da considerare ciascuno come singolo reperto.

Nota bene - Altre tracce biologiche potrebbero essere rinvenute nel luogo ove si è verificato il fatto: trattasi di situazioni particolari che prevedono l'intervento dell'Autorità Giudiziaria, con cui il genetista forense dovrà concordare un eventuale sopralluogo. È fondamentale che l'operatore sanitario che raccoglie il dato circostanziale segnali all'Autorità Giudiziaria, sulla base del racconto fornito dalla vittima, la possibilità di rinvenire tali tracce.

MODALITÀ DI REPERTAZIONE

Gli operatori, durante l'espletamento di tutte le operazioni, devono obbligatoriamente adottare tutte le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione (contaminazione operatore-reperto, contaminazione reperto-reperto, contaminazione ambiente-reperto, etc).

A - Indumenti della vittima

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un indumento) e mascherina.
2. Aiutare nella svestizione, qualora gli indumenti siano quelli che la vittima indossava al momento del fatto. Utilizzare un telo/lenzuolo di carta su cui far spogliare la donna per raccogliere eventuale materiale presente sugli indumenti o sul corpo della vittima.

Nota bene: qualora la vittima riferisca di essersi cambiata si consiglia di acquisire gli indumenti che indossa al momento, in particolare quelli intimi, e di suggerire di conservare (senza lavarli) quelli che indossava al momento del fatto per una eventuale consegna alle Forze di Polizia.

3. Conservare gli indumenti singolarmente.

4. Maneggiare con cautela gli indumenti perché potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore, fibre, formazioni pilifere o altro materiale; ripiegarli su se stessi.

5. Conservare gli indumenti ben asciutti in buste di carta o in scatole di cartone, mai aperte o manipolate (nota bene: non usare buste di plastica per la conservazione!) e mantenerli a temperatura ambiente.

6. Fare asciugare, se è possibile, all'aria gli indumenti non asciutti, senza utilizzare fonti di calore (stufe, phon, ecc.) e conservarli in buste di carta; qualora non sia possibile, congelare gli indumenti bagnati dopo averli posti in buste di plastica e/o contenitori sterili di plastica.

Nota bene: non usare il frigorifero per la conservazione dei reperti, poiché la temperatura interna, solitamente di 4 - 8° C, non è idonea alla conservazione di tracce biologiche.

7. Le buste vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del reperto.

B - Corpo della vittima

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che viene allestito un tampone) e mascherina.

2. Utilizzare normali tamponi da prelievo oro-faringeo a secco o dei semplici cotton-fioc sterili; valutare se prima di procedere al prelievo sia necessario inumidire i tamponi sterili con soluzione fisiologica o acqua sterile (es: regioni cutanee). Nel caso del materiale sub-ungueale è consigliabile effettuare un raschiamento mediante tamponi sottili (non usare aghi o strumentali taglienti!); valutare se tagliare le unghie.

3. Considerare (indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento) e sulla base del dato anamnestico le seguenti sedi: orale - periorale - vulva - vaginale - perivaginale - anale - perianale - peniena - cute.

4. Riporre il tampone nella propria custodia o, se sprovvisti di custodia, conservare il tampone in provette sterili da laboratorio (le provette NON DEVONO MAI CONTENERE GEL O TERRENI DI COLTURA).

5. Chiudere le provette e su ciascuna porre l'identificativo del reperto (è opportuno preparare le etichette identificative prima di procedere con la repertazione).

6. Congelare le provette con i tamponi ed eventualmente con i ritagli di unghie. LE PROVETTE NON DEVONO MAI ESSERE CONSERVATE IN FRIGORIFERO.

Nota bene: non utilizzare disinfettanti o altre sostanze prima di aver concluso tutti i prelievi di interesse.

Se c'è stata penetrazione orale è necessario procedere all'allestimento dei tamponi orali prima di far bere la vittima e non appena acquisito questo dato anamnestico.

La scheda di repertazione nei casi di maltrattamento e/o violenza sessuale

È necessario:

1. compilare una scheda dedicata (vedi fac-simile) che contenga tutte le operazioni relative alla repertazione/custodia delle eventuali tracce biologiche;
2. raccogliere gli elementi salienti da un punto di vista circostanziale che possono guidare la repertazione e l'esame dei reperti;
3. indicare chiaramente le zone dove vengono effettuati i tamponi e i prelievi, nonché l'elenco dei reperti raccolti, opportunamente classificati, e documentare, ove possibile, con rilievi fotografici tutte le operazioni di prelievo (verbale di prelievo);
4. allestire un verbale di catena di custodia, in cui venga indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto. Tale verbale deve contenere la data delle operazioni svolte e le generalità dell'esecutore.

Si consiglia di allestire una check list delle attività eseguite.

Situazioni particolari

Rifiuto di sottoporsi alle procedure di repertazione di tracce biologiche

Qualora nei casi di violenza sessuale sospettata e/o dichiarata:

- un soggetto adulto, dopo essere stato adeguatamente informato di tutti i passi previsti dalla procedura, non dia il consenso ad essere sottoposto alle procedure di repertazione di tracce biologiche né sugli indumenti né sulla propria persona, gli operatori devono astenersi dal procedere ed avvisare l'autorità giudiziaria solo se si configura l'ipotesi di delitto procedibile d'ufficio.

Qualora nei casi di maltrattamento sospettato e/o dichiarato:

- un soggetto adulto, dopo essere stato adeguatamente informato di tutti i passi previsti dalla procedura, non dia il consenso ad essere sottoposto alle procedure di repertazione di tracce biologiche né sugli indumenti né sulla propria persona, gli operatori devono astenersi dal procedere ed avvisare l'Autorità Giudiziaria in quanto trattasi di delitto procedibile d'ufficio.

Qualora il genitore/i o il legale rappresentante, dopo essere stati adeguatamente informati della ipotesi diagnostica di maltrattamento e/o violenza sessuale nei confronti del minore e di tutti i passi previsti dalla procedura, non diano il consenso alle procedure di repertazione di tracce biologiche né sugli indumenti né sulla persona del minore, gli operatori devono far presente che, a fronte del rifiuto, il caso verrà segnalato all'Autorità Giudiziaria competente (fatta eccezione dei rari casi in cui non si configuri la procedibilità d'ufficio).

Il rifiuto di sottoporsi alle procedure di repertazione delle tracce biologiche deve essere annotato nella documentazione sanitaria.

Gruppo di lavoro che ha elaborato le Linee Guida:

Coordinatore: Prof.ssa S. Pelotti, Università di Bologna

Membri: Prof. F. De Stefano, Università degli Studi di Genova; Dott.ssa L. Buscemi, Università Politecnica delle Marche; Dott.ssa E. Carnevali, Università degli Studi di Perugia

Membri revisori: M. Alù, Università degli Studi di Modena; A. D'Ambrosio, Laboratorio Genetica Medica San Camillo Roma; S. Gino, Università degli Studi di Torino; P. Fattorini, Università degli Studi di Trieste; M. Lancia, Università degli Studi di Perugia; P. Linarello, NGB Genetics, Bologna; G. Margiotta, Università degli Studi di Siena; L. Nutini, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze; A. Piccinini, Università degli Studi di Milano; I. Spinelli, Università degli Studi di Pisa; C. Tettamanti, Università degli Studi di Genova; M. Venturi, Università degli Studi di Ferrara.

Bibliografia

Bambi S, Giusti M, Becattini G. See and Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate, una revisione della letteratura, 2008, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 27(3), 136-144.

Blosnich J.R., Bossarte R.M. Comparisons of Intimate Partner Violence Among Partners in Same-Sex and Opposite-Sex Relationships in the United States", 2009, American Journal of Public Health, Vol. 99, N. 12, 2182-2184.

Cercone JJ, Beach SR, Arias I. Gender symmetry in dating intimate partner violence: does similar behavior imply similar constructs? 2005, Violence Vict ;20(2):207-18.

Dutton DG. Female intimate partner violence and developmental trajectories of abusive families. 2007, International Journal of Men's Health, 6, 54-71.

D'Addio L, Vanzetta M, Mochi Sismondi C. Il consenso informato in infermieristica. Mc Graw Hill 2010.

Fiebert MS. References examining assaults by women on their spouses or male partners: an annotated bibliography. 2008, Sexuality and Culture, 1, 273-286, 1997.

Giusio M. Elementi di Vittimologia". 2010, Quaderni del C.E.S.C.- Centro Europeo di Studi Criminologici – European Center for Criminal Studies U.C.E.E.

Henning K, Feder L. A Comparison of Men and Women arrested for Domestic Violence: Who Presents the Greater Threat? 2004, Journal of Family Violence, 19(2), 69-79.

Hines DA, Saudino KJ. Gender differences in psychological, physical, and sexual aggression among college students using the revised Conflict Tactics Scales. 2003, Violence and Victims, 18 (2), 197-217.

Hines D, Brown J, Dunning E. Characteristics of Callers to the Domestic Abuse Helpline for Men. 2007, Journal of Family Violence. 22: 63-72.

Kent-Wilkinson A. An exploratory study of forensic nursing education in North America: Constructed definitions of forensic nursing. 2009, Journal of Forensic Nursing, 5, 201-211.

- Kent-Wilkinson A. Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature.2011,Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18, 236–246.
- Merzagora Betsos I. Uomini violenti – I partner abusanti e il loro trattamento. Raffaello Cortina, Milano,2009.
- Merzagora Betsos I., De Micheli A., Caruso P. La Battered Husband Sindrome, ovvero: quando la vittima è lui. 2010, Rassegna Italiana di Criminologia, n. 2, pgg. 327-345.
- Rand MR. Violence-Related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments,.U.S. Department of Justice, Agosto 1997.
- Reid JR, Bonomi AE, Rivara FP et al. Intimate Partner Violence Among Men – Prevalence, Chronicity, and Health Effects. 2008,American Journal of Preventive Medicine, 34(6), 478-485.
- Schinco P. Triage in caso di violenza domestica. Manuale per il Triage di Pronto Soccorso, AOU San Giovanni Battista di Torino 2006.
- Schinco P. Violenza domestica e sessuale. In: Gai. V. Medicina d'urgenza - Pratica e progresso.2 ed. Assessorato ai Diritti Umani e alle Pari Opportunità 2012.
- Simonelli CJ, Ingram K. Psychological distress among men experiencing physical and emotional abuse in heterosexual dating relationships.1998, Journal of Interpersonal Violence, 13, 667-681.
- Steinmetz SK. The Battered Husband Syndrome.1978, Victimology 2(4), 499-509.
- Straus MA, Gelles RJ. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys.1990,Physical violence in American Families, Transaction Press, New Brunswick, 151-165.
- WHO, World Report on violence and health,Geneva: 2002;149.

Sitografia

- Who (2010). Violence prevention: the evidence. Consultato 23 Marzo 2015, disponibile all'indirizzo:http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf
- www.family.org/research/Control_DV_against_men.pdf. Consultato 30 Marzo 2015
- Manuale IST (2012). Consultato 4 Aprile 2015, disponibile all' indirizzo: <http://www.ebg.admin.ch>
- Convenzione di Istanbul (2011). Consultato 4 Aprile disponibile all'indirizzo:<http://www.pariopportunita.gov.it>
- Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE).2012 Consultato 8 Aprile 2015 disponibile all' indirizzo: <http://www.eur-lex.europa.eu>
- Decisione Quadro del Consiglio dell'Unione Europea del 15 marzo (2001) Consultato 8 Aprile 2015 disponibile all' indirizzo: <http://www.eur-lex.europa.eu>
- D.G.R. n. 14 -12159 del 21 settembre 2009. Consultato 10 Aprile 2015 disponibile all'indirizzo: <http://regione.piemonte.it/pariopportunita/retesanitaria.pdf>

UOMINI VITTIME DI VIOLENZA DOMESTICA: DOSSIER

avoiceformen.com

(26 giugno 2014, in <http://it.avoiceformen.com>)

Spesso si parla di violenza domestica, e a questo argomento si associano subito le donne picchiate dai propri mariti, spesso scordando che, tra le vittime di questo tipo d'abuso, ci sono anche moltissimi uomini.

Infatti, uno studio del 1987 sul *Journal of Interpersonal Violence*²⁷ ha affermato che: "circa il 30% degli uomini e il 32% delle donne hanno riportato di aver impiegato qualche forma di aggressione fisica contro un attuale partner costante. Inoltre, il 49% degli uomini e il 26% delle donne hanno riferito di essere vittime di aggressioni fisiche dai loro attuali partner."

Uno studio del 1988 sul *Journal of Interpersonal Violence*²⁸ "ha confrontato l'incidenza riportata tra i maschi e le femmine di dominanza-possessività, la pressione sessuale, e l'uso della forza fisica da parte di un partner per un campione di 130 studenti universitari sposati e 130 studenti universitari in relazioni. [...] I maschi avevano la stessa probabilità delle femmine di riferire che il partner intraprendesse questi comportamenti, e questo si applicava sia agli studenti sposati che a quelli in una relazione".

Uno studio del 1989 sulla violenza e pubblicato su *Aggressive Behavior*²⁹, ha affermato: "Un'alta incidenza di qualche forma di violenza è stata trovata, con donne che mostrano livelli più elevati rispetto agli uomini, replicando così precedenti conclusioni degli Stati Uniti basati sui report delle vittime."

Uno studio del 1990 sulla rivista "*Gender & Society*"³⁰ afferma: "Gran parte della violenza tra partner sposati si è verificata nelle coppie in cui entrambi i partner sono stati riportati come autori, e le donne così come gli uomini commettevano atti di violenza nelle coppie sposate".

²⁷ Arias, I.; Samios, M.; O'Leary, K. D. (1987), "Prevalence and correlates of physical aggression during courtship", *Journal of Interpersonal Violence* 2: 82-90.

²⁸ Rouse, L. P., Breen, R., & Howell, M. (1988). Abuse in intimate relationships. A comparison of married and dating college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 414 – 429.

²⁹ Archer, J.; Ray, N. (1989), "Dating violence in the United Kingdom: a preliminary study", *Aggressive Behavior* 15: 337-343.

³⁰ Brush, Lisa (1990). "Violent Acts and Injurious Outcomes in Married Couples: Methodological Issues in the National Survey of Families and Households." *Gender & Society* 4(1): 56-67.

Uno studio del 1996 su "Aggressive Behavior"³¹, ha riscontrato, su di un campione 1978 uomini e donne eterosessuali, che mentre gli uomini erano vittime di violenza nel 18% dei casi prendendo in considerazione tutte le relazioni e nell'11% nell'attuale relazione, le donne erano vittime di violenza nel 13% prendendo in considerazione tutte le relazioni e nel 5% nell'attuale relazione. Inoltre gli stessi dati hanno affermato che, prendendo in considerazione tutte le relazioni, il 10% degli uomini e l'11% delle donne avevano inflitto violenza al proprio partner.

Uno studio del 2001 sul *Journal of Human Behavior in the Social Environment*³² afferma: "La violenza domestica, come ogni violenza, è un problema umano. Non è meramente una questione di genere. Classificare la violenza coniugale e sul partner come un problema delle donne, piuttosto che come un problema umano, è erraneo. Nelle relazioni domestiche, le donne sono inclini quanto gli uomini a essere coinvolte in atti fisicamente abusivi."

"Questi risultati sono stati, e sono, sorprendenti per gli osservatori casuali del fenomeno della violenza domestica. Questo perché le persone hanno difficoltà con il concetto di donne che infliggono ferite agli uomini perché gli uomini, in media, sono più grandi, più forti e più abili a combattere. Ma la dimensione e la forza dell'uomo medio vengono neutralizzate da pistole e coltelli, acqua bollente, attizzatoi per il camino, mattoni, e mazze da baseball. Molti non riescono a rendersi conto che le aggressioni domestiche non comportano correttezza pugilistica, o a considerare che gli attacchi si possono verificare quando i maschi sono addormentati, o incapaci dall'alcol, dall'età o dalle infermità (McNeely & Mann, 1990). Forse ancora più sorprendente è che i giovani mariti non sono risparmiati dalla vittimizzazione. I militari nel loro combattimento per primi sono non di rado accoltellati o sparati in episodi non provocati di violenza (Ansberry, 1988)."

"Le politiche governative unilaterali che finanziano risorse per sole donne, basate sul presupposto che le donne raramente, o mai, sono impegnate come autori di violenza domestica, sono la chiave del problema."

Uno studio del 2001³³ afferma che "i risultati hanno indicato somiglianza tra i generi [...] nella prevalenza di aggressione frequente [...] Inoltre, tale aggressione era probabilmente bidirezionale nelle coppie [...] i tassi di ferite e paura per le donne non erano significativamente superiori a quelli per gli uomini."

³¹ Carrado, M., George, M.J., Loxam, E., Jones, L. and Templar, D. (1996), Aggression in British heterosexual relationships: A descriptive analysis. *Aggr. Behav.*, 22: 401-415.

³² McNeely RL, Cook PW, Torres JB. Is domestic violence a gender issue, or a human issue? *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2001;4:227-251.

³³ Capaldi DM, Owen LD. Physical aggression in a community sample of at-risk young couples: gender comparisons for high frequency, injury, and fear. *J Fam Psychol*. 2001 Sep;15(3):425-40.

Uno studio del 2002 sulla rivista scientifica "Trauma, Violence & Abuse"³⁴ afferma: "Maschi e femmine commettono violenza ad approssimativamente la stessa percentuale dentro le loro relazioni [...], e la violenza perpetrata da femmine non può essere sempre scartata come auto-difesa. In uno studio [...], sia maschi che femmine avevano uguale probabilità di tirare il primo colpo in caso di abuso coniugale. Inoltre, diversi studi hanno mostrato che approssimativamente nel 25% delle relazioni, il maschio è il solo perpetratore di violenza; approssimativamente nel 25% delle relazioni, la femmina è la sola perpetratrice di violenza; e approssimativamente nel 50% delle relazioni, la violenza è reciproca".

Un articolo scientifico del 2003 apparso su "Aggression and Violent Behavior"³⁵ afferma, portando a sostegno diversi studi: "Queste prove sono discusse e interpretate nel contesto delle rappresentazioni sociali e delle immagini stereotipate di maschi e femmine per dimostrare che la "sindrome del marito maltrattato" è una realtà ed è paragonabile allo scenario della moglie maltrattata. [...] Si è concluso che la polemica accademica sia non necessaria e controproducente".

Uno studio del 2004 sul Journal of Family Violence³⁶ che compara la gravità delle lesioni nei casi maschili e femminili di violenza domestica, facendo notare come le donne usino maggiormente armi ed oggetti negli episodi di abusi sul partner e che ciò conduca a procurare ferite al proprio compagno altrettanto gravi di quelle fatte da uomini violenti verso le loro compagne, afferma: "Contrariamente alla nostra ipotesi, non c'era differenza nella percentuale di donne e uomini che avevano inflitto livelli di lesione da grave a estremo ai loro partner. Queste lesioni, che richiedevano attenzione medica, includevano contusioni, ossa rotte e ferite da coltello [...] Così, quando le donne infliggevano lesioni gravi ai loro partner, nella maggior parte dei casi usavano un'arma o un oggetto. Al contrario, gli uomini che infliggevano questo stesso grado di lesione erano più propensi ad usare i loro soli corpi per assalire le loro vittime".

Uno studio del 2004 sul Journal of Family Violence³⁷ afferma: "Nonostante le idee sbagliate diffuse che tendono a minimizzare gli abusi femminili, l'esame di questi documenti del tribunale mostra che gli imputati maschili e femminili, che sono stati oggetto di una denuncia nei casi di relazioni domestiche, mentre a volte esibendo diverse tendenze aggressive, misuravano circa ugualmente in termini di livello complessivo di aggressione psicologica e fisica."

³⁴ Hines, D. A., & Saudino, K. J. (2002). Intergenerational transmission of intimate partner violence: A behavioral genetic perspective. *Trauma, Violence, and Abuse*, 3, 210-225.

³⁵ M.J. George. Invisible touch. *Aggression and Violent Behavior* 8 (2003) 23-60.

³⁶ Busch, A. L., and Rosenberg, M. S. (2004). Comparing women and men arrested for domestic violence: A preliminary report. *Journal of Family Violence*, 19(1), 49-57.

³⁷ Basile, S. (2004), "Comparison of abuse by same and opposite-gender litigants as cited in requests for abuse prevention orders", *Journal of Family Violence* 19: 59-68.

Una review del 2004 su *Review of General Psychology*³⁸ afferma: "L'aggressione diretta, soprattutto fisica, era molto comune nei maschi e nelle femmine di tutte le età del campione, era coerente tra le culture, e si verificava fin dalla prima infanzia, mostrando un picco tra i 20 e i 30 anni. La rabbia non ha mostrato differenze tra i sessi."

Uno studio del 2005 sulla rivista peer-reviewed "Violence and Victims"³⁹ ha trovato che tra gli studenti universitari, uomini e donne erano ugualmente autori di violenza sul partner (IPV). L'unica differenza era che le donne avevano il doppio di possibilità di usare violenza grave verso i loro partner (15,11 vs 7,41%).

Un articolo del 2005 su *Aggression and Violent Behavior*⁴⁰ riferisce che, mentre gli uomini usano di più "la violenza fisica diretta" delle donne a causa della forza corporea superiore, le donne "usano armi più spesso degli uomini per generare un vantaggio". Inoltre la teoria che la violenza domestica sia unicamente da parte degli uomini verso le donne "è criticamente rivista alla luce dei dati provenienti da numerosi studi che riportano livelli di violenza da parte di autori di sesso femminile superiori a quelli riportati per i maschi, in particolare nei campioni di età più giovani". "Gli studi sono inoltre recensiti indicando alti livelli di violenza intima unilaterale da parte di femmine a maschi e femmine. I maschi sembrano riportare la propria vittimizzazione meno di quanto fanno le femmine e a non vedere la violenza femminile contro di loro come un crimine. Di conseguenza, sotto-risportano differenzialmente l'essere vittime di partner in indagini sulle vittime della criminalità."

Un paper del 2006 apparso su *Family Court Review*⁴¹ che affronta il tema della violenza domestica nelle coppie dello stesso sesso, afferma che i risultati suggeriscano che "la violenza domestica sia un abuso di potere che può accadere in qualsiasi tipo di rapporto intimo, indipendentemente dal genere o dall'orientamento sessuale".

Dutton e Corvo, su *Aggression and Violent Behavior* nel 2006⁴², scrivono che: "La violenza del partner intimo (IPV) continua ad essere un problema sociale negli Stati Uniti. Purtroppo, la legislazione volta a risolvere il problema è stata basata su modelli di IPV che non sono empiricamente supportati. [...] Hanno, in effetti, rimosso dagli interventi una psicologia dell'abusivismo e l'hanno sostituita con un modello politico di genere. In contrasto a questo modello, la ricerca di diversi studi di gruppi di pari longitudinali mostra che una propensione per l'IPV è prevedibile in entrambi i generi durante l'adolescenza. Eppure il trattamento o la prevenzione di fattori di rischio psicologico sono sia trascurati che negativamente legiferati. Questo articolo esamina il modello di

³⁸ Archer J (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Rev Gen Psychol* 4: 291–322.

³⁹ Cercone JJ, Beach SRH, Arias I. Gender symmetry in dating intimate partner violence: does similar behavior imply similar constructs? *Violence Vict.* 2005;20(2):207–218.

⁴⁰ Donald G. Dutton, Tonia L. Nicholls. The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1—The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior* 10 (2005) 680 – 714.

⁴¹ Rohrbaugh, J. B. (2006). Domestic violence in same-gender relationships. *Family Court Review*, 44(2), 287-299.

⁴² Donald G. Dutton, Kenneth Corvo. Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior* 11 (2006) 457–483.

intervento della giustizia penale prevalente, prevede esempi di come il paradigma che sostiene questo modello distorca l'interpretazione della ricerca e confronta questa ricerca difettosa con studi metodologicamente superiori suggerendo un approccio diverso e potenzialmente più efficace."

Un articolo neozelandese del 2007 su *Basic and Applied Social Psychology*⁴³ riferisce: "Questo studio ha esaminato l'equivalenza della violenza intima sul partner (IPV) maschile e femminile attraverso tre campioni della popolazione neozelandese (studenti, generale e incarcerati). Inoltre, abbiamo confrontato gli atteggiamenti delle vittime e dei carnefici. I risultati hanno rivelato che, sebbene il campione degli incarcerati abbia sperimentato una maggiore frequenza di violenza, la natura dell'IPV era simile tra i campioni. Ancora più importante, i nostri risultati hanno mostrato simmetria di genere in IPV con maschi e IPV femminili essendo simili in frequenza, gravità e lesioni. C'era, però, qualche variazione nel tipo di atti abusi fisici perpetrati in funzione del genere. Inoltre, le vittime e gli autori hanno segnalato atteggiamenti e comportamenti che li differenziavano dai partecipanti senza storia di violenze fisiche simili. Queste comunicazioni includevano l'essere più ostile, possedere credenze tradizionali di genere, e la mancanza delle capacità di gestione della comunicazione e della rabbia. Un ripensamento del nostro modo di vedere l'IPV si raccomanda alla luce di questi risultati."

Secondo uno studio del 2007 sull'*International Journal of Men's Health*⁴⁴ la violenza domestica femminile è frequente come quella maschile ed è "altrettanto grave e ha più o meno le stesse conseguenze per i maschi come per le femmine"

Uno studio del 2007 dell'*American Journal of Public Health*⁴⁵ rivela che il 23% delle relazioni sono violente, che di queste il 49,7% è reciproco e il 50,3% è non reciproco, e che di quelle non reciproche il 70,7% delle volte la violenza è perpetrata da donne mentre solo nel 29,3% da uomini.

Le analisi dei dati provenienti da 32 nazioni nell'*International Dating Violence Study* hanno trovato uguali tassi di perpetrazione tra uomini e donne, oltre ad una dominanza di violenza reciproca in tutti e 32 i campioni, incluse le nazioni non occidentali. In aggiunta, i dati provenienti da quello studio mostrano che, all'interno di una relazione di coppia, il dominio e il controllo da parte delle donne si verifica tanto spesso quanto da parte degli uomini e sono fortemente associati alla perpetrazione di violenza sul partner sia dalle donne che dagli uomini⁴⁶.

⁴³ Robertson K, Murachver T. (2007). It Takes Two to Tangle: Gender Symmetry in Intimate Partner Violence. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 109-118.

⁴⁴ Dutton, Donald G. Female Intimate Partner Violence and Developmental Trajectories of Abusive Females. *International Journal of Men's Health*; Spring 2007, Vol. 6 Issue 1, p54.

⁴⁵ Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M, Saltzman LS. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *Am J Public Health*. 2007 May;97(5):941-7. Epub 2007 Mar 29.

⁴⁶ Murray A. Straus. Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review* Volume 30, Issue 3, March 2008, Pages 252-275.

Un ulteriore studio internazionale del 2008 sul *Journal of Midwifery & Women's Health*⁴⁷, con un campione di 16 000 studenti universitari provenienti da 22 siti in 21 Paesi, ha trovato che: "Studenti maschi e femmine erano notevolmente simili nella proporzione di coloro che avevano aggredito fisicamente un partner o riferito di essere vittime di coercizione sessuale".

Uno studio russo del 2008 pubblicato su "*Journal of Interpersonal Violence*"⁴⁸ afferma: "Utilizzando un campione di 338 studenti universitari (54% femmine) provenienti da tre siti universitari russi, vengono esaminati quattro diversi tipi di violenza del partner: aggressioni fisiche, lesioni fisiche, coercizione sessuale e aggressione psicologica. Alti livelli di prevalenza sono stati trovati per tutti i tipi di violenza, aggressione e coercizione. Coerentemente con la ricerca precedente, studenti maschi e femmine avevano circa la stessa probabilità di essere vittime e perpetratori".

Uno studio del 2009 su "*Evolution and Human Behavior*"⁴⁹ afferma: "Abbiamo trovato, contrariamente ad alcune precedenti ipotesi evolutive, che uomini e donne mostravano simili gradi di comportamenti di controllo, e che questo prediceva aggressione fisica ai partner in entrambi i sessi". "Nel complesso, il comportamento di controllo non differiva tra i sessi ed è stato associato con l'aggressione fisica in entrambi i sessi".

Uno studio del 2010 su "*Violence and Victims*"⁵⁰ "ha cercato di esaminare le motivazioni per l'aggressione fisica tra gli studenti universitari maschi e femmine usando una misura di autovalutazione dell'aggressione per auto-difesa progettata specificamente per lo studio". I risultati hanno mostrato che, contrariamente alle aspettative degli autori, "le femmine non erano più propense ad usare l'aggressione per auto-difesa".

Uno studio del 2010⁵¹ afferma: "Il paradigma di genere è l'opinione che la maggior parte della violenza domestica (DV) sia perpetrata da maschi contro femmine (e bambini) al fine di mantenere il patriarcato. Basata sulla sociologia funzionalista, è stata la prospettiva prominente sulla DV in Nord America e in Europa occidentale, influenzando la politica di giustizia penale per la DV, la comprensione giuridica della DV, la disposizione giuridica dei perpetratori di DV a gruppi psicoeducativi, e le decisioni di affidamento. L'evidenza della ricerca contraddice ogni importante principio di questo sistema di credenze: la DV femminile è più frequente della DV maschile, anche nei confronti di partner non-violenti, non vi è alcuna relazione globale di controllo per la DV, e i perpetratori di abusi che usano la violenza del partner intimo (IPV) per motivi strumentali e coercitivi sono sia

⁴⁷ Chan KL, Straus MA, Brownridge DA, Tiwari A, Leung WC. Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *J Midwifery Womens Health*. 2008 Nov-Dec;53(6):529-37.

⁴⁸ Lysova AV, Douglas EM. Intimate partner violence among male and female Russian university students. *J Interpers Violence*. 2008 Nov;23(11):1579-99.

⁴⁹ Graham-Kevan N, Archer J. Control tactics and partner violence in heterosexual relationships. *Evolution and Human Behavior*. 2009;30(6):445-452.

⁵⁰ Shorey RC, Meltzer C, Cornelius TL. Motivations for self-defensive aggression in dating relationships. *Violence Vict*. 2010;25(5):662-76.

⁵¹ D.G. Dutton (2010). *The Gender Paradigm and the Architecture of Anti-science. Partner Abuse*, 1(1), 5-25.

maschi che femmine. La ricerca che supporta il paradigma di genere è tipicamente basata su campioni auto-selezionati (vittime da rifugi di donne e uomini appartenenti a gruppi su incarico del tribunale) e poi impropriamente generalizzati alle popolazioni della comunità. Il paradigma di genere è un sistema chiuso, che non risponde ai grandi insiemi di dati di disconferma, e prende una posizione antiscientifica coerente con una setta. In questo articolo, ho confrontato le risposte di questa setta di genere con altre sette e l'ho contrastato con una risposta scientifica ai dati contraddittori." Nel testo si legge: "Si presenta come una sorpresa, quindi, trovare che l'uso maschile di grave violenza nei confronti di donne nonviolente (percosse verso la moglie) è riportato da solo il 5,7% di un campione nazionale di tutte le coppie sposate che segnalano ogni tipo di violenza (Stets & Straus, 1992), e che le percosse verso il marito (atti di grave violenza femminile contro mariti nonviolenti) è riportato dal 9,6% di queste coppie sposate."

"Indagini nazionali statunitensi ritengono che la violenza reciproca, abbinata per livello di gravità, sia la forma più comune di IPV (Stets & Straus, 1992. Whittaker et al, 2007), e che la IPV femminile contro un maschio nonviolento (percosse verso il marito) è 2.5 volte più comune delle percosse verso la moglie." "Le donne usano la violenza, anche le forme più gravi, almeno tanto quanto gli uomini e la usano contro gli uomini non-violenti (Stets & Straus, 1989, 1992) e contro i bambini (Gaudioisi, 2006; Trocme et al., 2001)." "Sono stati trovati tassi equivalenti di grave abuso strumentale (abuso effettuato per controllare il coniuge), con l'8% delle donne e il 7% degli uomini che riportavano vittimizzazione negli ultimi cinque anni." "Equivalenti lesioni, uso di servizi medici, e paura dell'abusante sono stati scoperti nei casi in cui l'autore ha utilizzato ripetuti abusi strumentali o terrorismo intimo (Laroche 2005, tabella 8), indipendentemente dal genere del perpetratore e della vittima. Degli uomini, il 65% ha riferito di essere stato ferito (rispetto al 67% delle vittime di sesso femminile)." "Più donne che uomini hanno riportato di perpetrare violenza, e gli uomini hanno riferito di essere vittime di violenza grave più delle donne, che dicono gli autori può sfidare le ipotesi sulla vittimizzazione delle donne nella relazione" (p. 781)." "Quando alle donne in un campione preso da un rifugio è stato chiesto da questi autori circa il loro uso della violenza, il 67% ha riferito di usare violenza grave contro i loro mariti".

Una review del 2012 di 111 studi, pubblicata sulla rivista peer-reviewed "Partner Abuse"⁵², ha calcolato che vi era una percentuale di circa il 24,8% di perpetrazione di violenza nelle coppie, e che la violenza domestica era commessa leggermente più dalle donne che dagli uomini, infatti 1 donna su 4 (il 28,3%) risultava aver commesso atti di violenza sul partner e 1 uomo su 5 (il 21,6%) aveva commesso atti di violenza sulla partner.

⁵² Desmarais SL, Reeves KA, Nicholls TL, Telford RP, Fiebert MS. Prevalence of physical violence in intimate relationships, part 2: rates of male and female perpetration. *Partner Abuse* 2012;3:170-98.

Una revisione sistematica del 2012 su "Partner Abuse"⁵³ ha trovato che "la violenza bidirezionale era comune a tutti i tipi di campione (popolazione basata sulla giustizia penale)", suggerendo che il ruolo delle donne nelle relazioni violente è da considerare importante. Inoltre, vi erano tassi maggiori di violenza unidirezionale da parte delle donne verso gli uomini in quattro dei cinque tipi di campioni esaminati. Maggiori tassi di violenza unidirezionale da parte degli uomini sulle donne sono stati trovati solo in studi che si basavano sui rapporti della polizia o su campioni prelevati dai militari degli Stati Uniti.

Questo dato conferma dunque che gli uomini denunciano di meno alle forze dell'ordine gli abusi subiti rispetto alle donne.

Inoltre, non sono state trovate differenze sulla direzionalità dell'espressione di violenza sul partner tra i campioni di individui gay, lesbiche e bisessuali.

Uno studio del 2012 su "Journal of Interpersonal Violence"⁵⁴ su 3740 coppie cinesi, arriva alla conclusione che: "I risultati supportavano una simmetria di genere nella prevalenza di IPV auto-riferita nonché un moderato accordo interconiugale nelle autovalutazioni."

Uno studio del 2012 su "Journal of Aggression, Conflict and Peace Research"⁵⁵ afferma che il 53% delle vittime di violenza domestica sono uomini e che il 47% sono donne.

Uno studio del 2013 del Robert Koch Institute⁵⁶, parte del Ministero Federale della Salute tedesco, il DEGS1, ci dice che, nel totale complessivo della violenza fisica perpetrata, le vittime di violenza nei 12 mesi precedenti erano più uomini che donne, e che nella frequenza di chi fosse l'autore di violenza fisica non vi erano differenze significative tra i sessi. Per quanto riguarda la violenza domestica, lo stesso studio tedesco, preso un totale di 6mila persone, ha verificato che l'1,3% delle donne intervistate aveva usato violenza fisica contro il proprio partner, mentre la percentuale tra gli uomini era dello 0,3%; per quanto riguarda la violenza psicologica parliamo di un 3,8% femminile sul partner contro il 2,8% maschile.

Secondo un articolo del 2013 pubblicato su "Journal of Aggression, Conflict and Peace Research"⁵⁷ sempre più dati "suggeriscono che l'IPV sia perpetrata pressoché equamente tra uomini e donne contro i loro partner [...]".

Uno studio recente del 2014⁵⁸ afferma che le donne siano più aggressive fisicamente verso i loro partner di quanto lo siano gli uomini.

⁵³ Jennifer Langhinrichsen-Rohling, Tiffany A. Misra, Candice Selwyn, Martin L. Rohling. (2012). Rates of Bidirectional Versus Unidirectional Intimate Partner Violence Across Samples, Sexual Orientations, and Race/Ethnicities: A Comprehensive Review. *Partner Abuse*, 3(2), 199-230.

⁵⁴ Chan KL. Gender symmetry in the self-reporting of intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2012 Jan;27(2):263-86.

⁵⁵ Bert H. Hoff, (2012) "US National Survey: more men than women victims of intimate partner violence", *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, Vol. 4 Iss: 3, pp.155 – 163

⁵⁶ Schlack R, Rüdell J, Karger A, Hölling H. Physical and psychological violence perpetration and violent victimisation in the German adult population: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013 May;56(5-6):755-64.

⁵⁷ Koller, Jürgen. "The ecological fallacy" (Dutton 1994) revised. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research* 5.3 (2013): 156-166.

Martin Fiebert, in un articolo su "Sexuality & Culture" del 2014⁵⁹, scrive: "Questa bibliografia ragionata descrive 343 indagini accademiche (270 studi empirici e 73 review) dimostrando che le donne sono fisicamente aggressive come gli uomini (o di più) nei loro rapporti con i loro coniugi o partner di sesso opposto. La dimensione del campione globale negli studi esaminati supera le 440.850 persone"

In aggiunta, questi dati rappresentano solo parte del problema, moltissimi uomini non parlano assolutamente della violenza subita dal partner, e ancora oggi dire di essere stati picchiati da una donna è motivo di beffa da parte della gente. Non a caso, secondo uno studio del 2000 del Canadian Centre for Justice Statistics⁶⁰, solo il 15% delle violenze domestiche contro gli uomini viene riportato alla polizia, e la metà di queste non le riporta l'agredito, ma terzi.

Se ciò non bastasse, uno studio del 2011 su "Journal of Family Violence"⁶¹ fa notare come non vi siano sufficienti aiuti agli uomini vittime di violenza domestica, ma che anzi vengono estromessi dai servizi antiviolenza o fatti passare per maltrattanti. Infatti sebbene il 43,7% delle vittime maschili si rivolge a centri antiviolenza e il 23,4% a linee antiviolenza, il paper fa vedere che il 78,3% dei centri antiviolenza, il 63,9% delle linee antiviolenza e il 42,9% delle risorse online rispondono loro di aiutare solo donne, il 63,9% dei centri antiviolenza, il 32,2% delle linee antiviolenza e il 18,9% delle risorse online li accusano di essere in realtà dei maltrattanti e infine il 25,4% delle linee antiviolenza e il 27,1% delle risorse online danno loro numeri che si rivelano essere per programmi di aiuto ai maltrattanti.

Bibliografia

Archer J (2004). Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Rev Gen Psychol* 4: 291–322.

Archer, J.; Ray, N. (1989), "Dating violence in the United Kingdom: a preliminary study", *Aggressive Behavior* 15: 337-343.

Arias, I.; Samios, M.; O'Leary, K. D. (1987), "Prevalence and correlates of physical aggression during courtship", *Journal of Interpersonal Violence* 2: 82-90.

Basile, S. (2004), "Comparison of abuse by same and opposite-gender litigants as cited in requests for abuse prevention orders", *Journal of Family Violence* 19: 59-68

⁵⁸ Bates, E. A., Graham-Kevan, N. and Archer, J. (2014), Testing predictions from the male control theory of men's partner violence. *Aggr. Behav.*, 40: 42–55.

⁵⁹ Martin Fiebert. References Examining Assaults by Women on Their Spouses or Male Partners: An Updated Annotated Bibliography. *Sexuality & Culture* (2014) 18:405-467.

⁶⁰ Family Violence in Canada: A Statistical Profile (2000). Canadian Centre for Justice Statistics. Statistics Canada, General Social Survey 1999.

⁶¹ Douglas, E. M., Hines, D. A. The Helpseeking Experiences of Men Who Sustain Intimate Partner Violence: An Overlooked Population and Implications for Practice. *Journal of Family Violence*. Aug 2011; 26(6): 473–485.

- Bates, E. A., Graham-Kevan, N. and Archer, J. (2014), Testing predictions from the male control theory of men's partner violence. *Aggr. Behav.*, 40: 42–55.
- Bert H. Hoff, (2012) "US National Survey: more men than women victims of intimate partner violence", *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, Vol. 4 Iss: 3, pp.155 – 163
- Brush, Lisa (1990). "Violent Acts and Injurious Outcomes in Married Couples: Methodological Issues in the National Survey of Families and Households." *Gender & Society* 4(1): 56-67.
- Busch, A. L., and Rosenberg, M. S. (2004). Comparing women and men arrested for domestic violence: A preliminary report. *Journal of Family Violence*, 19(1), 49-57.
- Capaldi DM, Owen LD. Physical aggression in a community sample of at-risk young couples: gender comparisons for high frequency, injury, and fear. *J Fam Psychol.* 2001 Sep;15(3):425-40.
- Carrado, M., George, M.J., Loxam, E., Jones, L. and Templar, D. (1996), Aggression in British heterosexual relationships: A descriptive analysis. *Aggr. Behav.*, 22: 401–415.
- Cercone JJ, Beach SRH, Arias I. Gender symmetry in dating intimate partner violence: does similar behavior imply similar constructs? *Violence Vict.* 2005;20(2):207–218.
- Chan KL, Straus MA, Brownridge DA, Tiwari A, Leung WC. Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *J Midwifery Womens Health.* 2008 Nov-Dec;53(6):529-37.
- Chan KL. Gender symmetry in the self-reporting of intimate partner violence. *J Interpers Violence.* 2012 Jan;27(2):263-86.
- D.G. Dutton (2010). The Gender Paradigm and the Architecture of Anti-science. *Partner Abuse*, 1(1), 5-25.
- Desmarais SL, Reeves KA, Nicholls TL, Telford RP, Fiebert MS. Prevalence of physical violence in intimate relationships, part 2: rates of male and female perpetration. *Partner Abuse* 2012;3:170–98.
- Donald G. Dutton, Kenneth Corvo. Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior* 11 (2006) 457–483.
- Donald G. Dutton, Tonia L. Nicholls. The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1—The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior* 10 (2005) 680 – 714.
- Douglas, E. M., Hines, D. A. The Helpseeking Experiences of Men Who Sustain Intimate Partner Violence: An Overlooked Population and Implications for Practice. *Journal of Family Violence.* Aug 2011; 26(6): 473–485.
- Dutton, Donald G. Female Intimate Partner Violence and Developmental Trajectories of Abusive Females. *International Journal of Men's Health*; Spring 2007, Vol. 6 Issue 1, p54.
- Family Violence in Canada: A Statistical Profile (2000). Canadian Centre for Justice Statistics. – Statistics Canada, General Social Survey 1999.
- Graham-Kevan N, Archer J. Control tactics and partner violence in heterosexual relationships. *Evolution and Human Behavior.* 2009;30(6):445–452.

- Hines, D. A., & Saudino, K. J. (2002). Intergenerational transmission of intimate partner violence: A behavioral genetic perspective. *Trauma, Violence, and Abuse*, 3, 210–225.
- Jennifer Langhinrichsen-Rohling, Tiffany A. Misra, Candice Selwyn, Martin L. Rohling. (2012). Rates of Bidirectional Versus Unidirectional Intimate Partner Violence Across Samples, Sexual Orientations, and Race/Ethnicities: A Comprehensive Review. *Partner Abuse*, 3(2), 199-230.
- Koller, Jürgen. "The ecological fallacy" (Dutton 1994) revised. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research* 5.3 (2013): 156-166.
- Lysova AV, Douglas EM. Intimate partner violence among male and female Russian university students. *J Interpers Violence*. 2008 Nov;23(11):1579-99.
- M.J. George. Invisible touch. *Aggression and Violent Behavior* 8 (2003) 23-60.
- Martin Fiebert. References Examining Assaults by Women on Their Spouses or Male Partners: An Updated Annotated Bibliography. *Sexuality & Culture* (2014) 18:405-467.
- McNeely RL, Cook PW, Torres JB. Is domestic violence a gender issue, or a human issue? *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2001;4:227–251.
- Murray A. Straus. Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review* Volume 30, Issue 3, March 2008, Pages 252–275.
- Robertson K, Murachver T. (2007). It Takes Two to Tangle: Gender Symmetry in Intimate Partner Violence. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 109-118.
- Rohrbaugh, J. B. (2006). Domestic violence in same-gender relationships. *Family Court Review*, 44(2), 287-299.
- Rouse, L. P., Breen, R., & Howell, M. (1988). Abuse in intimate relationships. A comparison of married and dating college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 414 – 429.]
- Schlack R, Rüdell J, Karger A, Hölling H. Physical and psychological violence perpetration and violent victimisation in the German adult population: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013 May;56(5-6):755-64.
- Shorey RC, Meltzer C, Cornelius TL. Motivations for self-defensive aggression in dating relationships. *Violence Vict*. 2010;25(5):662-76.
- Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M, Saltzman LS. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *Am J Public Health*. 2007 May;97(5):941-7. Epub 2007 Mar 29.

LA VIOLENZA CONTRO GLI UOMINI: UN TABÙ INACCETTABILE⁶²

Laura Baccaro

Premessa

Rispetto la violenza contro gli uomini ci sono alcuni miti da sfatare:

- Ragazzi e uomini non possono essere vittime.

Questo mito, instillato attraverso la socializzazione del genere maschile, a volte indicato come "immagine di macho, mantiene l'idea che i maschi, anche i ragazzi, non dovrebbero essere vittime o addirittura mostrarsi vulnerabili. Impariamo molto presto che, i maschi dovrebbero essere in grado di proteggere se stessi e gli altri. In realtà, specie i ragazzi sono deboli e vulnerabili e spesso l'autore di violenza esercita il suo potere da una posizione di autorità, utilizzando risorse come denaro o minacce.

- I ragazzi sono meno traumatizzati dall'esperienza abuso rispetto alle ragazze.

La maggior parte della letteratura internazionale, dimostra che gli effetti a lungo termine sono molto dannosi per entrambi i sessi. I maschi possono essere più danneggiati dal rifiuto o dalla riluttanza della società, ad accettare la loro vittimizzazione e dalla loro conseguente convinzione che è meglio tacere.

- Gli uomini abusati dai maschi sono o diventeranno omosessuali.

Gli esperti nel campo della sessualità umana non credono che le esperienze sessuali premature, svolgono un ruolo significativo nell'orientamento sessuale tardo adolescente o adulto, sicuramente possono creare confusione sulla propria identità. È improbabile che qualcuno possa determinare l'orientamento sessuale di un'altra persona omosessuale o eterosessuale. Molti ragazzi che sono stati abusati da uomini, credono erroneamente che qualcosa di loro attrae sessualmente i maschi e che questo può significare che sono omosessuali o effeminati. Anche in questo caso, non è vero.

1. Epidemiologia

1.1 Italia

⁶² (tratto da *Violenza di genere sui gener**. Aspetti psico-socio-criminologici, L. Baccaro, L.Tonioni, ed. Amon, 2014)

La ricerca italiana più accreditata, è stata realizzata dall'Università di Siena e riguarda la *violenza subita dagli uomini da parte delle donne* (Macrì et coll., 2012). È stato coinvolto nella ricerca un campione di 1.058 soggetti, di età compresa tra i 18 e over 60 anni, anche se circa il 50% degli intervistati si collocava nel range di età tra i 40 e i 49 anni, seguita dalla fascia di età 30-39 che andava a coprire un ulteriore 23%.

Sono uomini che hanno tra uno e due figli nell'83,2% dei casi, per il 41% sono separati e i celibi coprono il 24,29%.

I ricercatori hanno riportato i risultati suddivisi per tipologia di violenza indagata:

a) Violenza fisica

Il 63,1% del campione dichiara di aver subito almeno un episodio di violenza fisica, da parte di una donna (minaccia di esercitare violenza nel 63,1%; graffi, morsi, capelli strappati nel 60,5% dei casi e lancio di oggetti di poco superiore al 50%).

b) Violenza Sessuale.

Sembra presente una difficoltà maschile a riconoscere e percepire gli atti e i comportamenti di violenza sessuale e infatti è "solo" il 48,7% del campione a dichiarare di aver subito almeno un episodio di violenza sessuale.

c) Violenza psicologica.

Il 77,2% del campione dichiara di aver subito almeno un episodio di violenza psicologica, ad opera di una donna, nel corso della propria vita e si tratta del tipo di violenza più diffusamente subita dagli uomini.

1.2 Germania

In Germania nel 2004, è stato condotto un importante studio pilota sulla portata della violenza contro gli uomini. Al tale scopo sono state realizzate 266 interviste e somministrati 190 questionari a uomini, riguardo la violenza domestica che andremo ad illustrare (*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). 2004. Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland*).

Tre interpellati su cinque hanno riferito di aver subito violenze fisiche nell'infanzia o nell'adolescenza. Gli atti di grave violenza fisica sembrano peraltro in aumento. Molti ritengono che la violenza fisica sia un "normale metodo educativo". Simili metodi sono associati alla violenza solo quando subentrano altri fattori, come la crudeltà ingiustificata o l'arbitrio.

Tre uomini su cinque hanno subito violenze psicologiche nell'infanzia e nell'adolescenza: angherie, intimidazioni o umiliazioni. Della violenza sessualizzata si parla poco, solo un uomo su 12 ha riferito di atti di questo genere.

L'incidenza della violenza, specialmente nell'infanzia e nell'adolescenza, si ripartisce uniformemente su tutti gli ambiti della vita, in pubblico e nel tempo libero, a scuola e

nella formazione superiore, si riferisce prevalentemente agli uomini come autori. In famiglia, uomini e donne commettono atti di violenza quasi in ugual misura.

Tra gli uomini, l'incidenza della violenza subita in età adulta è nettamente più bassa rispetto all'infanzia e all'adolescenza. Da adulti, gli uomini sperimentano violenze fisiche prevalentemente in pubblico e nel tempo libero, mentre le violenze psicologiche avvengono soprattutto nel mondo del lavoro. Gran parte della violenza fisica contro gli uomini, avviene in pubblico ed è opera, fino al 90%, di altri uomini. I due terzi degli autori di violenza in pubblico e nel tempo libero sono sconosciuti agli occhi della vittima. Questo genere di violenza tocca prevalentemente giovani uomini dai 18 ai 25 anni. Tuttavia, anche in questo caso la percezione del vissuto di violenza assume contorni particolari: per gli uomini intervistati la violenza fisica che si scatena durante le risse non è da considerarsi violenza. Non si ritengono pertanto vittime e non vedono la ragione di chiedere aiuto.

Nel mondo del lavoro predomina la violenza psichica: dalle offese, ai rimproveri gridati in modo aggressivo, fino alle calunnie e umiliazioni. Anche in questo caso gli autori sono principalmente uomini.

In un punto della ricerca è stata esaminata unicamente la violenza nelle coppie eterosessuali. Nei rapporti di coppia, gli uomini sono esposti ad ogni forma di violenza, ma predomina la violenza psicologica ad opera della partner. Questo genere di violenza mira prevalentemente al controllo sociale, per questioni di gelosia, attraverso il divieto dei contatti, il controllo della corrispondenza, del telefono e delle e-mail; più raramente si riferisce di violenze esercitate mediante intimidazioni e oltraggi oppure di violenza fisica.

1.3 Stati Uniti

Nel 2000 negli Stati Uniti è stata realizzata un'indagine sulla violenza sessuale subita, che ha coinvolto 8005 uomini (e 8000 donne) a partire dalla maggiore età (*Tjaden, Thoennes, 2000*). Secondo questo studio, quasi un uomo intervistato su due ha subito, dai 18 anni in poi, violenza fisica e/o sessuale o stalking; il 44,9% degli uomini è stato vittima di violenza fisica. Questi dati stanno ad indicare che per gli uomini il rischio di subire violenze fisiche, è di una volta e mezza superiore a quello corso dalle donne.

La violenza contro gli uomini viene commessa prevalentemente da altri uomini (85,8% della violenza fisica, 64,4% dello stalking), in gran parte sconosciuti. In più della metà dei casi, gli uomini sono stati vittime di violenza fisica e/o sessuale o di stalking a opera di uno sconosciuto; nel 16,6% dei casi queste forme di violenza si sono consumate nella sfera domestica.

Il 7,4% degli uomini ha sopportato violenze fisiche all'interno della coppia. È allarmante l'elevata percentuale di uomini che nell'infanzia hanno subito violenze fisiche da un adulto: il 66,4% degli uomini interpellati.

1.4 Regno Unito

Le aggressioni agli uomini rappresentano oltre il 40% della violenza domestica nel Regno Unito. Circa due su cinque di tutte le vittime di violenza domestica sono uomini. I dati del Ministero e il British Crime Survey, mostrano che gli uomini costituiscono circa il 40% delle vittime di violenza domestica ogni anno tra il 2004-05 e il 2008-09, l'ultimo anno per cui sono disponibili dati. Dai dati ufficiali 2008-09, "Più di una donna su quattro (28%) e circa uno su sei uomini (16%), avevano sperimentato l'abuso domestico dall'età di 16 anni. Queste cifre sono equivalenti a una stima di 4,5 milioni di donne vittime di abusi domestici e 2,6 milioni di vittime di sesso maschile, [...] hanno riferito di essere vittima di grave violenza domestica da parte delle loro mogli, violenza che comprende pugni, calci e ferite con coltello o pistola" (Domestic Violence, Forced Marriage and Honour-Based Violence, Vol.2, Di Great Britain Parliament. House of Commons. Home Affairs Committee)".

Inoltre, "il 6% delle donne e il 4% degli uomini hanno riferito di aver sperimentato abusi domestici lo scorso anno, pari a un milione di donne vittime di abusi domestici e 600.000 vittime di sesso maschile".

Gli attivisti sostengono che gli uomini sono spesso trattati come "vittime di seconda classe", "vittime invisibili". I posti di rifugio sono 7.500 per le femmine in Inghilterra e Galles, ma solo 60 per gli uomini. Il numero di donne sottoposte a procedimento penale per violenza domestica è passato da 1.575 nel 2004-05 a 4.266 nel 2008-09 (report, *Domestic Violence: The Male Perspective*, Home Office Statistical Bulletins and the British Crime Survey).

Smartt e Kury (2007) affermano che nel Regno Unito 30 uomini muoiono ogni anno (rispetto alle 100 donne), vittime di violenza domestica e identificano ben pochi interventi a sostegno per le vittime di sesso maschile.

Nel 2011 è stata evidente la crescita del numero di donne condannate, un aumento del 150% in cinque anni, che rappresenta un aumento dei casi reali di violenza domestica commessi da donne.

2. La violenza domestica contro gli uomini

2.1 Prospettiva storica

George (2002) riferisce che la storia della violenza domestica è legata alla visione della società patriarcale, nella quale gli uomini sono sempre gli autori delle violenze, in quanto le donne avevano meno diritti degli uomini ed erano subordinate a loro in tutto. Egli sostiene, tuttavia, che storicamente in Inghilterra, prima del XIX secolo, non c'era

preoccupazione solo per la violenza maschile contro le mogli, ma anche per la violazione delle norme patriarcali nei casi di violenza delle mogli contro i mariti. L'autore, studiando le leggi del XVIII secolo per trovare la c.d. "approvazione legale" per gli uomini a picchiare le loro mogli, in realtà ha scoperto che vi erano restrizioni di legge e condanne a donne per abuso maschile risalenti ancora all' XI secolo.

Ricordo gli Skimmington, una sorta di parata chiassosa durante la quale l'uomo-vittima viene ritualmente umiliato, a volte legato ad un carro e trascinato per la città, o per tutto il quartiere battendo pentole e padelle e cantando canzoni di scherno. Esempi di Skimmingtons sono registrati in Inghilterra nel lontano XVII secolo, anche in America coloniale verso il 1730. La pratica era conosciuta in Francia come Charivari, in Inghilterra come Skimmington o poi Skimmity-riding, in Germania, ha una varietà di nomi tra cui Katzenmusik. La pratica la si ritrova anche in Nord America, dove era conosciuta come Shivaree. In Francia, l'uomo, vestito da donna, sarebbe stato costretto ad attraversare la città, guidando un asino seduto all'indietro e tenendo la coda in mano.

Il marito tradito o abusato, era spesso costretto a indossare una maschera cornuta, questo comportamento può essere l'origine della pratica contemporanea di "fare le corna" dietro la testa di uno in modo da ridicolizzarlo.

Il termine Skimmingtons è particolarmente associato con la regione West Country of England, anche se l'etimologia non è certa, è stato suggerito che derivi da una sorta di schiumarola o mestolo utilizzato in quella regione per la caseificazione, percepito come arma usata dalle donne per picchiare un marito debole o succube.

Questo sembra a causa del sentire sociale e culturale dell'epoca, che riteneva fosse contro la legge naturale per una donna, essere il personaggio più forte in un matrimonio; perciò si puniva e diffamava l'uomo per non essere stato in grado di opporsi o per averlo concesso, era la dimostrazione pubblica della disapprovazione morale verso l'individuo. Serviva come una punizione per il colpevole e un avvertimento per gli altri, a rispettare le norme comunitarie. Quando un uomo è picchiato e abusato dalla moglie, la sua comunità invoca un intervento tradizionale, cioè di ripristino del dominio "naturale", ovvero patriarcale.

Le Skimmingtons sono ormai un dettaglio della storia. Così pure, per la maggior parte, sono gli stereotipi comici di un marito gallina-beccato, rannicchiati nella paura di un mattarello, che per lungo tempo ha formato un obiettivo fiocco di fumetti di club e cartoline balneari impertinente. Si sarebbe tentati a pensare che i loro atteggiamenti alla base, sono sbiaditi troppo; purtroppo non è questo il caso.

Nella metà del XIX secolo, ci sono state una serie di leggi, che hanno dato luogo a condanne al carcere duro o a fustigazioni pubbliche per gli uomini che hanno commesso violenza contro le loro mogli, ma anche vengono codificate modalità di "punizioni" verso gli uomini che soggiacevano alle loro mogli o peggio, ricevevano percosse da loro. Esempi che si ritrovano sia in letteratura che in giurisprudenza riportano cronache che

ridicolizzano gli uomini che sono stati picchiati dalle mogli con momenti di umiliazione pubblica. Modifiche di questa percezione di "colpevolezza maschile", in realtà, non si verificarono che verso il 1970, quando la crescita del femminismo ha portato l'attenzione della giustizia sociale e penale alla violenza contro le donne. Questo ha dato origine al lavoro di Steinmetz, nel 1977, che ha subito una terribile reazione dalle lobby femministe poichè indicava che gli uomini sono stati anche vittime. Kelly (2003) descrive come Steinmetz abbia ricevuto minacce, abusi, atti d'intimidazione e sono stati fatti sforzi per rimuoverlo dai suoi incarichi accademici.

Il libro *Abused men. The Hidden Side of Domestic Violence* di Philip Cook (Praeger, 1997), racconta come i maltrattamenti verso gli uomini sono trascurati, minimizzati e non discussi a livello sociale, culturale e statistico. Cook sottolinea che le donne costituiscono il 20% degli arresti per violenza domestica e, nella ristampata del libro del 2009, mostra come queste cifre sono cambiate nel tempo, riflettendo che sono migliorate le prassi di segnalazione, ma non gli interventi di prevenzione a fronte di un drammatico aumento dei livelli di violenza. Il sondaggio condotto nei rifugi per donne maltrattate del Kentucky, promosso dalla Law Enforcement Assistance Administration, ha evidenziato che nel 38% delle coppie violente sono le donne che commettono atti di violenza verso gli uomini.

Si assiste di fatto ad una lenta assimilazione culturale e anche di definizioni per quanto riguarda la percezione della violenza verso i partner. I concetti di abuso e violenze verso i partner intimi si stanno modificando, in modo complesso, situazionale e multiforme. Mentre le narrazioni di abuso delle donne hanno fornito spunti necessari per programmare interventi sia sociali che legislativi, i racconti degli abusi perpetrati verso gli uomini sono più lenti ad emergere, generando molte polemiche e ostilità soprattutto nell'opinione pubblica.

Ed è attuale la ricerca di pochi Autori (Garratt, 2012) che descrivono la sindrome del "marito martire" e l'impatto che questo aspetto, ha avuto sulla percezione della violenza domestica, sottolineando come negli Stati Uniti la violenza contro gli uomini, da parte delle donne, è comune così come quella degli uomini verso le donne.

2.2 Cosa si intende per violenza domestica contro gli uomini

È difficile parlare di violenza domestica contro gli uomini perché, in primo luogo, non esiste una definizione universalmente accettata di ciò che costituisce la violenza domestica verso i maschi. In secondo luogo, si teme che il riconoscere che alcune donne possono essere violente contro i partner maschili, possa essere utilizzato per difendere la violenza maschile, infine, pochi studi hanno affrontato la questione e i risultati sono stati contrastanti.

Possiamo dire che si individua la violenza domestica in tutti quegli atti di vessazione quali maltrattamenti, violenze fisiche, abusi sessuali, psicologici ed economici messi in atto da un partner intimo, da un coniuge, da un genitore, da un fratello, da un figlio, da un

componente della famiglia nei confronti di un familiare, da un anziano nei confronti di un minore all'interno di qualsiasi tipo di coppia, di ogni fascia di età, gruppo di appartenenza e livello socio-economico (Gargiullo, Damiani, 2010). Può includere il bullismo, le minacce, le umiliazioni e l'isolamento, cioè si può sperimentare la violenza domestica e gli abusi senza avere le ossa rotte e contusioni. Quindi intendiamo come violenza domestica qualsiasi episodio di comportamento minaccioso, violenza o abuso (psicologico, fisico, sessuale, finanziario o emotivo), tra persone che sono o sono stati partner intimi o familiari, indipendentemente dal sesso e della sessualità.

Le parole "indipendentemente dal genere" sono frutto di un importante studio di Carlson e Worden (2005) che ha evidenziato come gli intervistati, giudichino il comportamento aggressivo delle donne, in modo diverso da quello degli uomini. Sono più propensi ad etichettare i comportamenti come violenza o violenza domestica, presumendo che sfocino in reati, quando sono compiuti da un maschio piuttosto che credere colpevole una donna. Questo cosiddetto "doppio standard" deve fare riflettere sull'ipotesi, non detta, riguardo il maggiore potenziale attribuito agli uomini di riferire, sulle reazioni della polizia riguardo questi incidenti, o sull'interiorizzazione di immagini create da mass media e dall'informazione, riguardo la violenza domestica prospettata esclusivamente come un crimine commesso da uomini contro le donne. Schematicamente la violenza domestica contro gli uomini:

- si crede sia inesistente;
- sta avvenendo a un ritmo maggiore contro gli uomini;
- altissimo il numero oscuro;
- gli uomini che denunciano non vengono creduti e, anzi, a volte arrestati. Ciò questo contribuisce alla loro riluttanza a riferire per gli episodi futuri;
- non ci sono centri di ascolto e servizi ad hoc;
- nessuna tutela alla vittima.

Gli uomini non sono sempre gli autori ma in molti casi sono le vittime. La violenza domestica contro gli uomini esiste, ma non è stato dato il riconoscimento necessario per iniziare a risolvere questo problema, anche perché il numero di donne segnalate è sostanzialmente basso in confronto agli autori di reato di sesso maschile.

2.3 Motivazioni

La motivazione principale della violenza domestica contro gli uomini, sembra essere una compensazione per gli abusi senza motivi che hanno subito le donne nel loro passato, anche a volte nella storia delle donne abusanti non ci sono precedenti.

I medici che lavorano con i trasgressori donne spesso accettano dalle loro pazienti i self-report come attendibili, cosa che invece non sembra accadere quando la vittima appartiene al genere maschile. Un certo numero di autori ipotizza che la maggior parte delle donne, che sono arrestate per atti di violenza contro i loro partner intimi, sono in

realtà vittime loro stesse di violenza domestica, cioè non sono offender, bensì donne che si difendono, anche violentemente, dalle aggressioni perpetrate dal coniuge e devono essere trattate come tali. Numerosi studi dimostrano che la maggior parte delle donne non citano l'autodifesa come motivo per la loro violenza contro i partner maschi, ma sottolineano piuttosto la presenza di rabbia, la gelosia, azioni come rappresaglia per il dolore emotivo, evidenziano gli sforzi per ottenere il controllo e il dominio e la confusione (Hines, 2007).

2.4 Le donne sono più violente rispetto ai maschi?

Si rileva la scarsità di ricerca sull'aggressività femminile che può dipendere dalle norme culturali dominanti che assegnano alle donne, il ruolo di custodi e madri e quindi improbabile che siano fisicamente aggressive.

Studi hanno dimostrato che le donne hanno la stessa propensione e possono essere altrettanto violente degli uomini e per le stesse ragioni (*teorie della simmetria di genere*). La violenza domestica femminile è sempre stata ritenuta come irrilevante, ora sappiamo che non è così. In un sondaggio del 1985, meno dell'1% degli uomini che era stato aggredito dalla moglie aveva chiamato la polizia. Quegli stessi uomini avevano maggiori probabilità di essere colpiti dalle loro mogli, rispetto la possibilità che avevano le mogli di essere assalite a loro volta. I maschi avevano anche meno probabilità di chiamare un amico o un parente per un aiuto (solo il 2%). Gli uomini nascondono i problemi sotto un velo privato, fanno fatica a socializzare i loro problemi e a chiedere aiuto (Stets & Straus, 1992).

Da un'indagine comparativa tra varie ricerche condotte tra il 1989 e il 2005 sul tema della violenza domestica tra i coniugi o partner emerge che la forma più comune di violenza era presente in entrambi, ovvero i ruoli di vittima e aggressore si alternavano (Dutton e White, 2013).

3. Violenza sessuale verso uomini

Negli ultimi decenni, negli strumenti internazionali sui diritti umani, l'approccio prevalente alla violenza sessuale si è concentrata quasi esclusivamente contro l'abuso di donne e ragazze. Nel frattempo gli uomini sono stati abusati sessualmente e umiliati in molte situazioni: durante conflitti armati, come il molto pubblicizzato "scandalo" di Abu Ghraib in Iraq, oppure pensiamo agli abusi sessuali su minori da parte di sacerdoti cattolici e Diaconi negli Stati Uniti. La violenza sessuale contro i gay, rimane incontrollata a causa di assunzioni e di stereotipi, erroneamente assunti già per le donne vittime, quali "se la sono cercata", "sono loro a chiederlo".

Esiste un approccio "sessuale" alla violenza tale, che gli uomini ne sono esclusi, questo ha implicazioni teoriche problematiche: si reificano gerarchie di vittime, alcune più vittime delle altre, si perpetuano e consolidano norme che mantengono le donne nel loro "ruolo di vittime" e si impongono stereotipi e aspettative non adeguate, circa il concetto di mascolinità in uomini e ragazzi.

Paradossalmente, trascurando lo stupro maschile, si danneggiano anche le donne e le ragazze.

3.1 I dati sulla vittimizzazione sessuale di genere maschile

Secondo fonti internazionali, le femmine hanno più probabilità di essere vittime di stupro rispetto ai maschi. Nonostante la percezione popolare, tuttavia, i maschi sono una minoranza consistente di vittime di stupro.

Forse non sorprende, data la mancanza di preoccupazione sociale allo stupro maschile e la titubanza delle vittime di sesso maschile a denunciare, la mancanza di dati.

Le più recenti stime degli Stati Uniti, indicano che il 15,2% di coloro che hanno subito violenza sessuale nella loro vita, sono uomini. I Centers for Disease Control and Prevention e il National Institute of Justice hanno rilevato che, 92.700 uomini adulti sono violentati ogni anno negli Stati Uniti e circa il 3% di tutti gli americani uomini, per un totale di 2,78 milioni di uomini, hanno sperimentato un tentativo di stupro o violenza compiuta nella loro vita. (Basile, 2007). I dati relativi allo stupro maschile al di fuori degli Stati Uniti sono ancora meno noti.

In uno studio condotto in Inghilterra, si evidenzia un tasso di prevalenza del 2,89% rispetto alla violenza sessuale. Inoltre, in Inghilterra e Galles, lo stupro maschile comprende il 7,5% di tutti gli stupri denunciati. Un'analisi su 120 studi internazionali ha concluso che il 3% degli uomini di tutto il mondo, sono stati violentati nel corso della loro vita (come bambini o adulti), in contrasto al 13% delle donne. (Stemple, 2009)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità dà una maggiore stima per i maschi, affermando che tra il 5% e il 10% degli uomini, in tutto il mondo, riportano una storia di abuso sessuale infantile. Altre stime internazionali dell'infanzia indicano che tra il 3% e il 29% dei maschi hanno subito forme di violenza sessuale.

3.2 Lo stupro degli uomini: il più oscuro segreto di guerra

La violenza sessuale è una delle armi più terribili della guerra, uno strumento di terrore utilizzato contro le donne. Eppure, anche un gran numero di uomini, ne sono vittime. Lo stupro degli uomini di solito è negato sia dal perpetratore che dalla vittima. I governi, le agenzie umanitarie e per la tutela dei diritti umani presso le Nazioni Unite, a malapena riconoscono la sua possibilità; perché ci sia stata così poca ricerca su questa problematica non è chiarito.

A Kampala (Uganda) presso Makerere Refugee Law Project (RLP) è attivo un Centro che aiuta le persone sfollate da tutta l'Africa, per l'assistenza alle conseguenze delle torture subite (Storr, 2011). In questo centro accolgono uomini che durante le guerre civili sono state presi dai ribelli, i carcerieri li violentano tre volte al giorno, ogni giorno, per tre anni. I sopravvissuti raccontano di avere assistito alle morti di loro compagni a seguito degli abusi subiti ma, in Uganda, rischiano di essere arrestati, in quanto è probabile supporre che sono gay, considerato un reato in questo paese e in 38 dei 53 paesi africani. Essi saranno probabilmente ostracizzati dagli amici, rifiutati dalla famiglia e allontanati anche dalle ONG internazionali che si occupano degli stupri. Sono perciò doppie vittime in quanto sono persone disprezzate, ferite, isolate e in pericolo.

Non è solo in Africa che queste storie succedono e rimangono inascoltate. Uno dei pochi studiosi ad aver esaminato la questione in dettaglio è Lara Stemple, studiosa alla University of California's Health and Human Rights Law Project. Nel suo studio *Male rape and Human Rights (2009)*, evidenzia come la violenza sessuale maschile sia usata come arma in tempo di guerra o di aggressione politica, in paesi come il Cile, la Grecia, la Croazia, l'Iran, il Kuwait, l'ex Unione Sovietica e l'ex Jugoslavia. Il 21% dei maschi dello Sri Lanka che sono stati visti in un centro londinese di trattamento alle vittime di tortura, ha riferito di abusi sessuali durante la detenzione. In El Salvador, il 76% dei prigionieri politici maschi intervistati nel 1980 ha riferito di avere subito tortura sessuale. Uno studio su 6.000 detenuti del campo di concentramento a Sarajevo, ha rilevato che l'80% degli uomini era stato stuprato.

Un raro sondaggio del 2010, pubblicato sul *Journal of American Medical Association*, ha trovato che il 22% degli uomini e il 30% delle donne nel Congo orientale, hanno riportato violenza sessuale durante i conflitti.

Gli uomini violentati, oltre ad avere subito danni fisici importanti non reversibili, continuano a chiedersi cosa ci sia di sbagliato in loro, pensano di "non essere più uomini". Spesso le mogli che scoprono che i loro mariti sono stati violentati decidono di lasciarli, perché pensano non sia più in grado di proteggere loro e i figli.

Nelle società patriarcali presenti in molti paesi in via di sviluppo, ruoli di genere sono rigorosamente definiti. In Africa a nessun uomo è permesso di essere vulnerabile, deve essere maschile, forte. Non si dovrebbe mai abbattere o piangere; un uomo deve essere un leader e supportare tutta la famiglia. Quando il maschio non riesce a raggiungere questi standard di attività, la società percepisce come se ci fosse qualcosa di sbagliato. Molti sopravvissuti al rientro nella società poi si suicidano.

È per questo motivo che sia colpevole e vittima entrano in una congiura del silenzio e perché i superstiti di sesso maschile spesso, una volta che la loro storia è nota, perdono il sostegno e il conforto della famiglia.

4. Vittimologia di genere maschile

4.1 Pregiudizi e stereotipi

Dutton e White (2013) parlano di stereotipi, anche accademici, per quanto riguarda la violenza domestica, intesa sempre e solo nel paradigma di genere, ovvero è un uomo che agisce violenza contro le sventurate vittime di sesso femminile. Per gli autori, la teoria che guida questo punto di vista, è su base marxista-femminista e postula che le parole "violenza domestica", quando un uomo colpisce una donna, indichino "la violenza contro le donne", un'azione politica plurale, rivolta contro tutte le donne. Pensiero sostenuto dall'evidenza che, non esiste termine per quando una donna colpisce un uomo ed è raramente utilizzata quando una donna colpisce un'altra donna.

Si considera un'azione come più violenta e con più probabilità di richiedere l'intervento della polizia, se commessa da un uomo, peggiora ancora la percezione qualora l'azione sia illegale o rivolta verso una donna.

Indipendentemente dalla valutazione dei danni alla vittima, la società vede la violenza perpetrata da una donna verso un uomo come meno pericolosa e meno potenzialmente dannosa per la vittima stessa. Lo stereotipo del paradigma di genere, sostiene anche, che la violenza femminile è meno grave.

Una clinica di emergenza a Philadelphia ha rilevato che il 12,6 per cento di tutti i pazienti di sesso maschile, nel corso di un periodo di tredici settimane (N = 866), sono stati vittime di violenza domestica (Mechem, Shofer, Reinhard, Horing, e Datner, 1999). Questi pazienti hanno riferito di essere stati presi a calci, morsi, pugni, o strozzati da parte del partner di sesso femminile nel 47% dei casi e in 37% dei casi ha riferito l'uso di armi contro di loro.

Uno studio condotto in un pronto soccorso in Ohio, ha trovato che 72% degli uomini, ha ammesso di essere stato accoltellato dalla partner (Vasquez & Falcone, 1997).

I pregiudizi verso la vittimizzazione maschile sono evidenti poiché l'attuale scarsità di servizi di supporto forniti alle vittime maschi, riflette il punto di vista della società sulla questione. Lo stesso supporto e le risorse disponibili per vittime di violenza domestica donne, non sono a disposizione delle vittime di sesso maschile, infatti su 2.000 ricoveri negli Stati Uniti, solo una manciata di rifugi offrono posti a uomini maltrattati e ai loro figli, i programmi di sensibilizzazione rivolti alle vittime di sesso maschile sono sostanzialmente inesistenti. Inoltre, gran parte della letteratura sanitaria sulla violenza domestica si concentra sulle vittime donne, compresa la consulenza di esperti e le linee guida nazionali in materia di sostegno e intervento in ambito sanitario sulla vittimizzazione delle donne.

4.2 Conseguenze delle violenze

Pochissimi studi riportano che l'abuso psicologico e fisico, sono associati e producono effetti simili, sia sulle donne vittime che sugli uomini. Cook (2009) afferma che "le vittime di sesso maschile che sono stati intervistate sembrano condividere un risultato comune. Essi sono, infatti, disorientati. Per loro, non ci sono regole su come devono agire o reagire. Essi sembrano essere alla ricerca di una serie di linee guida che non esistono". Questa confusione è ulteriormente sottolineata dall'opinione, diffusa tra gli uomini, che la violenza contro di loro non è un reato, ma solo un "qualcosa di sbagliato" o "qualcosa che accade". Esiste un concreto rischio che le vittime sviluppino un importante trauma psicologico, manifestino i sintomi del disturbo post-traumatico da stress (DPTS), sviluppino una depressione e anche pensieri suicidari. Lo stigma che nasconde questo problema e la vulnerabilità degli uomini in queste situazioni, è sicuramente un terreno fertile per l'insorgere di disturbi mentali.

Gli uomini vittime di violenza si sentono spesso colpevoli e corresponsabili della violenza subita, proprio come accade alle vittime donne. Ma rischiano tuttavia più delle donne di non essere creduti. Gli uomini che subiscono violenze, specialmente se domestiche, hanno grossi problemi di credibilità. Pertanto dalle persone esterne si attendono incomprensione e rimproveri anziché aiuto. Molti uomini non ammettono peraltro di essere vittime; non si riconoscono in questa immagine; per loro, l'essere vittime di violenza non si concilia con l'immagine di "vero uomo" veicolata dalla società.

4.3 La tutela dei diritti delle vittime di genere maschile

Molti autori ritengono che gli uomini hanno maggiori probabilità, rispetto alle donne, di essere arrestati e processati per violenza domestica. Ad esempio, nei casi in cui nessuno dei due partner abbia subito lesioni, gli uomini erano più di 15 volte a rischio di arresto rispetto alle femmine. Inoltre in questo campione l'85% degli uomini è stato condannato, ma solo il 53,5% delle donne che sono state arrestate sono state processate (Henning & Renauer, 2005). Gli uomini che erano sospettati di essere gli autori di violenza, sono trattati più duramente dal sistema di giustizia penale.

Per quanto riguarda la tutela dell'uomo come vittima Russell (2012), ha confermato che gli uomini hanno meno probabilità di ricevere un ordine di protezione dai loro partner di sesso femminile. Questo supporta l'affermazione che la vittimizzazione maschile non è presa sul serio nei tribunali. La polizia ed i professionisti della giustizia penale, sono immersi nel paradigma di genere che fa parte della formazione della polizia e della magistratura.

La società percepisce le vittime di sesso maschile, come imbranati, ai quali non si crede e si rifiuta di riconoscere lo status di vittima.

La ricerca di Stemple (2009) suggerisce che le organizzazioni umanitarie internazionali, non tutelano le vittime di sesso maschile. Il suo studio cita una revisione sull'attività di 4076 ONG che hanno affrontato la violenza sessuale in tempo di guerra. Solo il 3% di loro ha citato l'esperienza di aiuto verso gli uomini, incidentalmente.

Anche nei rapporti delle Nazioni Unite non emerge questa problematica importante. Margot Wallström, Rappresentante Speciale delle Nazioni Unite per la Violenza Sessuale nei Conflitti, nel 2011, insiste in una dichiarazione che l'UNHCR deve estendere i suoi servizi ai rifugiati di entrambi i sessi, o meglio dice che "La violenza sessuale contro le donne non è un fattore culturale, è un crimine. Non è un problema di genere, è una questione di diritti umani. Riguarda sia gli uomini sia le donne ed i loro diritti sul proprio corpo".

Ma il grande stigma verso gli uomini e il ruolo schiacciante della vittime identificata sempre e solo come femmina, rende difficile questa tutela. Il diritto internazionale dei diritti umani, lascia fuori gli uomini in quasi tutti gli strumenti progettati per affrontare la violenza sessuale e infatti la Risoluzione del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite 1325 (2000), considera la violenza sessuale in tempo di guerra come qualcosa che riguarda solo donne e ragazze.

Bibliografia

Amnesty International Italian (Settembre 2013). Briefing intitolato *"A causa di ciò che sono – Omofobia, Transfobia e Crimini d'odio in Europa"*.

Anderson CA, Anderson KB, Deuser WE.1996a. Examining an affective aggression framework: weapon and temperature effects on aggressive thoughts, affect, and attitudes. *Pers. Soc. Psychol. B* 22:366–76

Archer J. (2002), "Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners. A metaanalytic review, in: *Aggression and Violent Behaviour*, Vol. 7, pp. 313–351.

Archer, J. "Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review" *Review of General Psychology* (2004), Vol. 8, No. 4, 291-322

Badinter, E. (1993). *XY L'identità maschile*. Milano: Longanesi. (Ed. or. 1992).

Basile K. C. et al., Prevalence and Characteristics of Sexual Violence Victimization Among US Adults, 2001–2003, *22 Violence & Victims* 437, 441 (2007).

Carlson B. E., Worden A. P., (2005). *Attitudes and Beliefs about Domestic Violence: Results of a Public Opinion Survey: Definitions of Domestic Violence, Criminal Domestic Violence, and Prevalence.* *Journal of Interpersonal Violence* 20(10).

Cook P., (2009) *Abused men. The Hidden Side of Domestic Violence*, Praeger, 1997.

- Crawford Mechem C., Shofer F. S., Reinhard S.S., Hornig S., Datner E., *History of Domestic Violence among Male Patients. Presenting to an Urban Emergency Department*, Academic Emergency Medicine, August 1999, Volume 6, Number 8.
- Dollard, Miller et al. (1939). The hypothesis suggests that the failure to obtain a desired or expected goal leads to aggressive behavior. *Frustration and aggression*, Yale University Press, New Haven.
- Dutton D.G., (2013) White K. R., *Male Victims of Domestic Violence*, New Male Studies: An International Journal, vol. 2, issue 1, 2013, pp. 5-17.
- Eagly & Steffen, 1986; Gender and aggressive behavior: A meta-analytical- review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100, 309-330.
- Fagiani, M. L., & Ruspini, E. (2011). *Maschi alfa, beta, omega. Virilità italiane tra persistenze, imprevisti e mutamento*. Milano: Franco Angeli.
- Garratt Z., (2012). *Domestic violence against men. Is it a forgotten crime?*, BSc (Hons) Criminology Investigation of Birmingham City University, 2012
- Garro, M., & Ruggieri, S. (2012). "Il comportamento aggressivo: una peculiarità dell'uomo?", in A. Salerno, & S. Giuliano (a cura di), *La violenza indicibile. L'aggressività femminile nelle relazioni interpersonali*, Franco Angeli, Milano.
- George, M. J. (2002). 'Skimmington Revisited.' *Journal of Men's Studies* 10, No.2, 111-127.
- Hines, Denise A., and Kimberly J. Saudino. "Gender Differences in Psychological, Physical, and Sexual Aggression Among College Students Using the Revised Conflict Tactics Scales." *Violence and Victims* 18 (2003): 197-217. 7 Dec. 2006.
- Hirigoyen M.F. (2006), *Sottomessa. La violenza sulle donne nella coppia*, Einaudi, Torino.
- Kelly L., (2003), *Disabusing the definition of domestic abuse: how women batter men and the role of the feminist state*, Florida State University Law Review 30.
- Krahè B. (2001): *The Social Psychology of Aggression*, Psychology Press, Hove.
- Macrì P.G., Loha Y.A., Gallino G., Gascò S., Manzari C., Mastriani V., Nestola F., Pezzuolo S., Rotoli G., *Indagine conoscitiva sulla violenza verso il maschile*, Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza – Vol. VI – N. 3 – Settembre-Dicembre 2012.
- Masala, C., Preti, A., & Petretto, D. R. (2002). *L'aggressività. Psicologia e metodi di valutazione*. Roma: Carocci.
- Mosse, G. L. (1997). *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*. Torino: Einaudi. (Ed. or. 1996).
- Stemple L., (2009) *Male Rape and Human Rights*, Hastings Law Journal, Vol. 60:605, 2009
- Stetz J.E. Straus M.A, Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences, in Straus M.A., Gelles R.J., (Eds.), *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8.145 families*, 1990, 151-166 disponibile alla pagina <http://pubpages.unh.edu/~mas2/VB23.pdf>;



Questa rivista segue una politica di "open access" a tutti i suoi contenuti nella convinzione che un accesso libero e gratuito alla ricerca garantisca un maggiore scambio di saperi.

Presentando un articolo alla rivista l'autore accetta implicitamente la sua pubblicazione in base alla licenza Creative Commons Attribution 3.0 Unported License.

Tu sei libero di:

- **Condividere** - riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare questo materiale con qualsiasi mezzo e formato
- **Modificare** - remixare, trasformare il materiale e basarti su di esso per le tue opere
- per qualsiasi fine, anche commerciale.

- Il licenziante non può revocare questi diritti fintanto che tu rispetti i termini della licenza.

Ai seguenti termini:

- **Attribuzione** - Devi attribuire adeguatamente la paternità sul materiale, fornire un link alla licenza e indicare se sono state effettuate modifiche. Puoi realizzare questi termini in qualsiasi maniera ragionevolmente possibile, ma non in modo tale da suggerire che il licenziante avalli te o il modo in cui usi il materiale.

- **Divieto di restrizioni aggiuntive** - Non puoi applicare termini legali o misure tecnologiche che impongano ad altri soggetti dei vincoli giuridici su quanto la licenza consente loro di fare.



Questa rivista è pubblicata sotto licenza Creative Commons Attribution 3.0.

ISSN 2037-1195

Editore proprietario: Associazione "Psicologo di strada "

e-mail: rivistapsicodinamica.criminale@gmail.com