



DALLA VIOLENZA DI GENERE AL FEMMINICIDIO

HIGHLIGHTS



**Fondazione
Internazionale
Menarini**



Roma, 26 Aprile 2016

HIGHLIGHTS

Benvenuti a Roma!

Nell'ambito della "Prima Giornata Nazionale per la Salute della Donna" indetta dal Ministero della Salute, si è tenuto a Roma presso la sede dell'Istituto Superiore della Sanità questo prestigioso convegno che ha visto riuniti i principali opinion leader italiani del settore, convocati dal Comitato Scientifico fra cui spiccano i nomi dei Prof. Enrico Alleva, Anna Coluccia e Angelo Picardi.



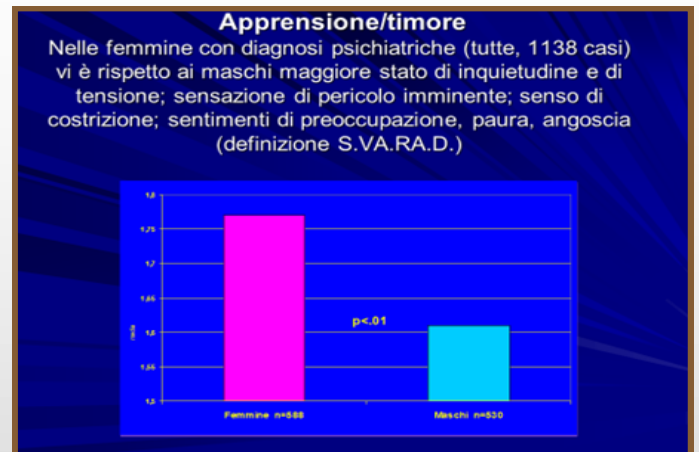
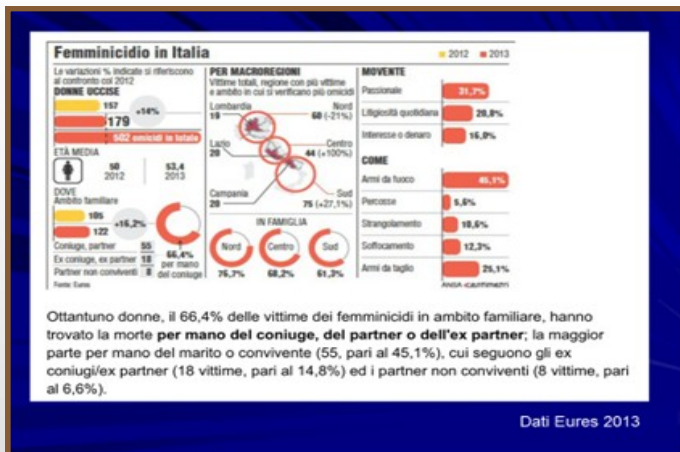
HIGHLIGHTS

Psicopatologia dell'aggressività e violenza di genere

Il Prof. Biondi di Roma ha affrontato il tema della psicopatologia dell'aggressività e della violenza di genere. Il primo dato che emerge è legato alla dimensione del problema che è in crescita nel nostro Paese; nel 2013 ci sono stati 179 casi di femminicidio contro 159 del 2012, con un aumento del 14%. Il 66% di questi casi avviene all'interno delle mura domestiche per opera del partner o del coniuge, ovvero dell'ex partner. L'aggressività è una componente vitale e presenta due dimensioni: quella innata per cui tutti noi nasciamo con una nostra forma di aggressività e quella secondaria all'ambiente in cui siamo cresciuti e viviamo. Queste due componenti, unitamente al livello di frustrazione a cui siamo esposti, determinano il cosiddetto "livello soglia", cioè quel limite oltre il quale l'aggressività si manifesta con comportamenti che si traducono in atti contro di sé o atti contro l'esterno. Focalizzandosi sul tema della violenza alla donna esistono due principali radici: una biologica e l'altra psicologica, familiare-sociale. I maschi sono biologicamente più forti rispetto alle donne, sono più impulsivi a partire in particolare dalla fase adolescenziale. Dal punto di vista psicologico, la vita in uno specifico contesto sociale e culturale educa le persone a regole e comportamenti di vita in base alle quali la donna tende ad accettare il fatto di essere assoggettata all'uomo, quasi come se questa dipendenza fosse una cosa giusta. L'uomo è anche più aggressivo rispetto alla donna, una prova ne è il fatto che l'80% dei crimini violenti e degli omicidi sono compiuti da uomini. Al contrario le vittime di omicidi passionali sono soprattutto donne. Alla base di questa differente aggressività fra uomini e donne ci sono delle basi neurobiologiche specifiche. Ad esempio, nell'uomo sia le amigdale laterali che l'ipotalamo sono di dimensioni maggiori rispetto alle donne e di fronte a stimoli di tipo sessuale l'uomo attiva prima e ad un livello superiore questi centri nervosi rispetto alle donne. Il relatore ha presentato dei dati di uno studio condotto presso il suo ambulatorio universitario dove, esaminando più di duemila soggetti di entrambi i sessi con diagnosi psichiatrica di tutti i tipi, compresa la depressione, i maschi si sono dimostrati più reattivi, mentre le donne, più propense ad avere sensazioni di paura, hanno mostrato più segni di inquietudine in quanto tendono a vivere in modo più internalizzato. Oltre a differenze di tipo biologico esistono dei modelli comportamentali tipici della società in base ai quali la donna vive in una condizione di subordinazione, quasi di sudditanza rispetto all'uomo.



Massimo Biondi
(Roma, Italia)



Quali sono le cause dell'aumento del fenomeno aggressività? Esistono alla sua base delle cause psicopatologiche o sono solamente fenomeni criminali? Qual è la forma più terribile di aggressività? Quanto influiscono i modelli comportamentali nella relazione di sudditanza donna-uomo?



HIGHLIGHTS

Dalla violenza di genere al femminicidio

La Dr.ssa Longo dell'Istituto superiore di Sanità ha affrontato questo tema che è di un'attualità sconcertante. La violenza di genere è un fenomeno trasversale globale, diffuso in tutti i Paesi del mondo. Le cause possono essere innumerevoli anche se quella più frequente è la violenza domestica la cui prevalenza è pari al 30% di tutte le forme di violenza di genere. Per quanto riguarda l'Italia, i dati ISTAT indicano che nel 2014 sono circa 7 milioni le donne che hanno subito violenza sessuale, il 31% delle donne fra i 16 e i 70 anni. Una forma di violenza preliminare è il fenomeno dello stalking, che può preludere ad una escalation della violenza stessa fino al femminicidio. Un'antropologa messicana, la Dr.ssa Marcela Lagarde, partendo da episodi accaduti in una cittadina messicana al confine con gli Stati Uniti dove nel corso degli anni erano scomparse circa 4500 donne di cui 650 ritrovate in condizioni fisiche preoccupanti, ha inquadrato il femminicidio in un spettro più ampio di violenza di tipo strutturale che mira cioè non solo ad eliminare la donna ma anche a minarla nella sua struttura psichica e sociale. Il fenomeno è spesso sottostimato in quanto gli episodi di violenza non sempre vengono denunciati. Diventa allora fondamentale strutturare una rete di assistenza che renda la donna più sicura. Non esiste un unico modello di assistenza in caso di violenza di genere, in Italia ad esempio notiamo un gap fra l'assistenza ospedaliera e le strutture sociali. Questo gap va colmato, la donna deve sapere che in nessun momento sarà lasciata sola. È necessario armonizzare i protocolli di assistenza e creare negli ospedali, laddove mancano, specifici punti di accoglienza dedicati. La relatrice ha presentato un nuovo progetto denominato REVAMP che vede coinvolti sia ospedali che strutture socio-sanitarie territoriali distribuiti in 10 Regioni italiane. Il progetto mira a mettere in rete le differenti strutture coinvolgendo le specifiche professionalità fondamentali al fine di gestire il fenomeno: medici, psicologici, neuropsichiatri, sociologi e antropologi. Il modello della rete infatti permette la condivisione di differenti linguaggi al fine di migliorare i percorsi di assistenza e di cura, personalizzare la terapia e condividere percorsi e processi terapeutici.



Eloise Longo
(Roma, Italia)

DIFFUSIONE DEL FENOMENO

- ✓ Diverse sono le tipologie di violenza e le sue cause. La più comune forma di violenza è l'Intimate Partner Violence (IPV) - Violenza da parte del partner o in ambito familiare o amicale.
- ✓ In generale tutte le ricerche hanno dimostrato come il fenomeno sia trasversale e diffuso in tutti i paesi. (Campbell, 2004; Garcia Moreno et al., 2005; Ellsberg et al., 2008; Butt et al. 2012)
- ✓ La prevalenza globale di violenza relazionale in ambito familiare è pari al 30,0%. Secondo i dati dell'OMS il 25,4% delle donne nella Regione Europea ha subito una violenza fisica e/o sessuale dal partner o una violenza sessuale da un altro uomo.
- ✓ Secondo i dati ISTAT (2014) in Italia sono 6 milioni 788 mila le donne che hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale, il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni.



Quali sono le conseguenze sulla salute pubblica a livello mondiale della violenza di genere? Quali sono le azioni di contrasto fondamentali per combattere il fenomeno? Quali sono le regioni italiane coinvolte nel progetto REVAMP? Quanto è efficace l'utilizzo della metodologia della "narrazione" nell'individuazione di fenomeni sommersi di violenza di genere?



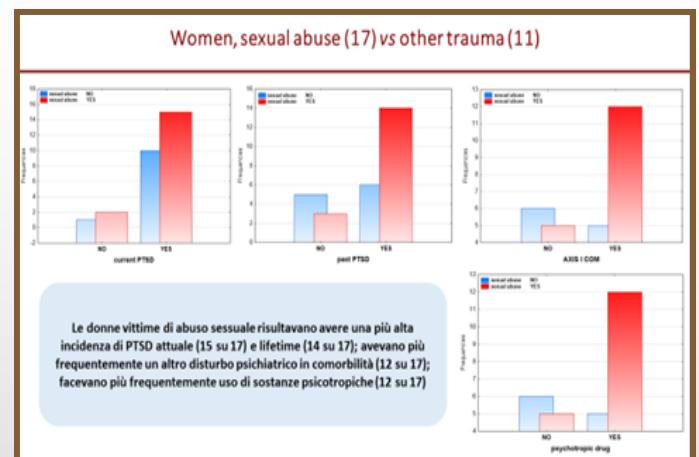
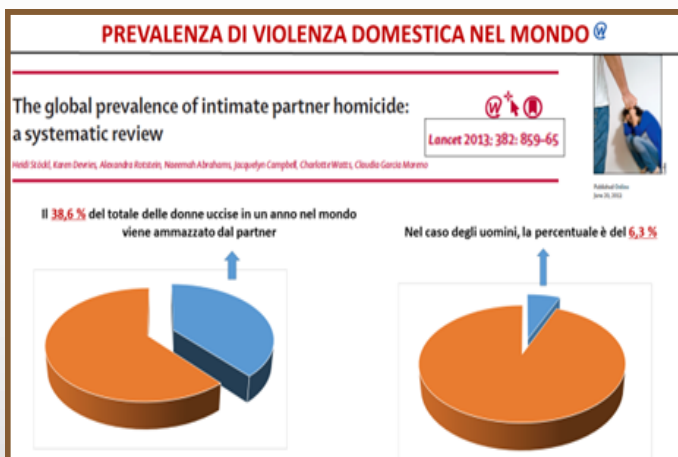
HIGHLIGHTS

Femminicidio: affettività e violenza

Il Prof. Alberto Siracusano di Roma ha affrontato il tema del femminicidio visto nella relazione patologica fra affettività e violenza, approfondendo gli intimi meccanismi che, partendo da un rapporto di affettività, possono sfociare in atti di violenza. L'OMS ha pubblicato dati sulla prevalenza di violenza sessuale: una donna su tre subisce violenza sessuale nel mondo. La maggior parte di queste violenze sono dovute al partner. Confrontando i dati dei casi di omicidio volontario commessi in Italia dal 1990 al 2013 con quelli dei casi di femminicidio nello stesso periodo emerge che la prevalenza di femminicidio è sostanzialmente stabile, a differenza dell'omicidio volontario la cui prevalenza è invece diminuita in maniera significativa. Perché i casi di femminicidio sono rimasti stabili nel tempo? Per rispondere a questa domanda il relatore è partito dalla definizione di femminicidio dove il termine ha in sé delle caratteristiche di novità rispetto ai termini classici di assassinio od anche omicidio. Per femminicidio si intende infatti una violenza mirata contro le donne al fine di annientarne la soggettività sul piano psicologico, simbolico, economico e sociale. Esso può preludere al femicidio, cioè l'uccisione della donna. Il relatore ha parlato quindi del rapporto fra violenza, femminicidio e malattia mentale dove il profilo dell'aggressore è nel 50% dei casi caratterizzato da un alto livello di criminalità accompagnato da un livello medio basso di comportamenti psicopatologici. Il femminicidio si può quindi spiegare solo in minima parte con la presenza di un disturbo psichico. Alla base del femminicidio esiste anche un grosso problema di relazione, legato in buona parte al livello di aggressività che si può sviluppare all'interno della coppia in base agli specifici profili di personalità dei due partner. Esistono tre profili di coppia a partire da quello del tipo "sicuro"/"sicuro", passando per un profilo intermedio del tipo "sicuro"/"insicuro", fino ad arrivare al profilo "insicuro"/"insicuro". Se due persone, entrambe con un profilo psicologico di insicurezza, entrano in relazione fra loro in un rapporto di coppia, aumenta in maniera significativa il loro livello di aggressività che a sua volta determina l'aumento del rischio sia di violenza fisica che psicologica fino, in casi estremi, a raggiungere la soglia del femicidio. Un altro aspetto toccato dal relatore è come la legge italiana ha affrontato il problema della violenza di genere promulgando leggi particolarmente punitive nei confronti del soggetto che si macchia di delitti di stampo femminicida, cercando così quanto meno di arginare il fenomeno. Il relatore ha infine presentato dei dati tratti da uno studio condotto presso l'Università di Tor Vergata su 17 donne vittime di violenza sessuale da parte del partner.



Alberto Siracusano
(Roma, Italia)



Quando è apparso per la prima volta il termine femminicidio sulla stampa nazionale? In che modo la violenza sulle donne e il femminicidio possono riguardare la psichiatria? Quali sono gli elementi di novità presenti nella parola femminicidio? Quale relazione intercorre fra femminicidio e psichiatria? Cosa indicano i dati dello studio "EMDR in women victims of sexual violence"?



HIGHLIGHTS

Il contesto socio culturale dietro la violenza e i segnali riconoscibili nello studio del medico di medicina generale

La Dr.ssa Michieli, segretaria nazionale SIMG, ha affrontato il tema del contesto socio culturale al cui interno si sviluppa la violenza e del ruolo del medico di famiglia, partendo dalla descrizione di un progetto portato avanti dai medici di famiglia e chiamato "Viola". Il punto di partenza è il rapporto di coppia dove la presenza di asimmetrie è tutt'ora radicata nella cultura della nostra società. Queste asimmetrie sono caratterizzate dalla sotto rappresentazione delle donne a livello politico, a livello economico, a livello lavorativo. "Ti amo troppo" è la principale giustificazione che viene spesso utilizzata in caso di violenza sulla donna e la relatrice ha sottolineato, citando Gabriella Moscatelli presidente di "Telefono rosa", che *"ciò che arma la mano di una persona violenta è un irrazionale desiderio di possesso a tutti i costi"*. Fra le coppie più a rischio di sviluppare al proprio interno atteggiamenti di violenza ci sono quelle dove sussistono profonde differenze culturali fra uomo e donna, come nel caso ad esempio delle coppie interrazziali, il cui livello di rischio è superiore a quelle presenti nelle coppie dove i partner sono entrambi di razza bianca. I comportamenti violenti spesso coinvolgono anche i minori i quali, una volta divenuti adulti, tendono a ricorrere alla violenza come modo di affrontare i conflitti e di affermare la propria virilità. Cosa può e deve fare il personale sanitario e in particolare il medico di famiglia? Il medico di famiglia ha una visione privilegiata in quanto è in grado di osservare tutti i componenti della famiglia. Deve però essere adeguatamente preparato al fine di cogliere quei segnali specifici, quali segni fisici e comportamentali indicatori di profondo disagio, alla cui presenza è fondamentale da parte del medico di famiglia porre alla paziente la domanda esplicita: "ha subito atti di violenza sessuale nella sua famiglia?". Il progetto "Viola" ha l'obiettivo di abbattere il muro di silenzio attraverso la proposizione di questa semplice domanda. La relatrice ha concluso il suo intervento presentando gli obiettivi del progetto e i suoi punti principali.



Raffaella Michieli
(Firenze, Italia)

...ti amo troppo...

A chi, sull'esempio di certa stampa superficiale e scandalistica, motiva la violenza maschile sulle donne indugiando sulla gelosia, il raptus o il "troppo amore", si può rispondere che «ciò che arma la mano di una persona violenta è un irrazionale desiderio di possesso a tutti i costi» all'interno di relazioni tuttora asimmetriche tra i due generi

Gabriella Moscatelli, presidente di "Telefono Rosa".



Alla base delle percosse, delle lame e delle pallottole c'è un retaggio antico, che purtroppo perdura anche nell'Italia del 2000: «C'è – osserva Anna Baldry, responsabile del Centro Studi Vittime Sara – la volontà di poter controllare, fin nei minimi dettagli, la vita di un'altra persona. Di punirla per essersi sottratta» a tale controllo

Viola
il muro del silenzio, insieme al Tuo medico di Famiglia

Tutte le donne uccise e tutti gli uomini che hanno perpetrato la Violenza o il femminicidio avevano un medico di famiglia

Secondo i dati ISTAT (2008) le donne (comprese fra 16 e 70 anni) che hanno subito violenza fisica o sessuale sono il 14,3%. Perciò le donne (comprese fra 16 e 70 anni) che hanno subito violenza fisica o sessuale e che frequentano i nostri ambulatori variano da un numero che oscilla tra 115 e 120

Quali interventi devono essere messi in atto per ridurre le asimmetrie tuttora presenti all'interno della coppia? Quali sono i principi di fondo delle strategie e degli interventi contro la violenza domestica? Come può intervenire il medico di famiglia di fronte a chiari segni di violenza di genere? Quali sono gli obiettivi del progetto "Viola"?



HIGHLIGHTS

Il Codice Rosa: una straordinaria procedura per la dignità della vittima

La Prof.ssa Coluccia di Siena ha parlato del “Codice Rosa” come di una straordinaria opportunità per la dignità della donna. Il vero problema è il silenzio, l’incapacità di ascolto da parte delle istituzioni e l’incapacità tecnica di chi è deputato a prendere in carico le persone che hanno subito violenza. Nella regione Toscana è stato stabilito un codice specifico, chiamato “Codice Rosa”, dedicato a quei soggetti che arrivano al pronto soccorso con segni evidenti di violenza sul corpo, ovvero perché denunciano di aver subito atti di violenza. Le strategie di intervento legate ai fenomeni di violenza sono inevitabilmente complesse in quanto complesse sono le problematiche legate all’atto violento. È stata creata una task force composta da personale sanitario e personale legale (magistrati) in grado di intervenire e gestire queste situazioni. Gli ambiti in cui agisce il Codice Rosa sono prima di tutto quello sanitario per la cura e la prevenzione della violenza, segue quindi l’ambito psicologico al fine di interrompere il ciclo di solitudine al cui interno cade la vittima della violenza, un altro ambito è quello forense finalizzato a raccogliere le prove della violenza. Un altro punto cardine del progetto Codice Rosa è la presenza di una rete che coinvolge più professionisti di differenti ambiti, sanitario e non. Sono stati anche finalizzati degli accordi specifici fra ospedali e centro di accoglienza delle donne che hanno subito violenza. La relattrice è passata quindi a descrivere i punti di forza del progetto. Al riguardo, particolarmente importante è la fase di accoglienza e poi di appropriatezza delle cure. Il Codice Rosa è importante anche perché incentiva la cultura della denuncia, esso attiva un percorso che non ha nulla di eccezionalità, bensì è specificatamente dedicato alle vittime. Mediante l’attualizzazione di questo progetto, lo stereotipo della “vittima che scatena il reato” tende ad essere superato, la classica giustificazione “se l’è voluta lei” viene a cadere, mentre cresce nella vittima che denuncia il reato la percezione del suo stato di vittima e la certezza che la propria violenza venga creduta.



Anna Coluccia
(Siena, Italia)

Codice Rosa

Cos’è

Il Codice rosa è un percorso di accoglienza al Pronto Soccorso dedicato a chi subisce violenza.

Non solo donne, ma anche anziani, bambini, disabili, omosessuali e immigrati. Persone che possono trovarsi in una situazione di debolezza e vulnerabilità e i cui segni di violenza subita non sempre risultano evidenti.

CODICE ROSA E DIGNITA’ DELLA DONNA

La vittima riceve dignità perché sono riconosciuti il dolore, la sofferenza, la paura, la vergogna, l’ascolto, l’aiuto, l’accoglienza

La vittima di violenza

Non è giudicata

Non è colpevolizzata

Non è abbandonata

Non è tacitata

è solamente e semplicemente accolta, ascoltata, assistita nella condivisione della complessità dei bisogni che la vicenda impone (Coluccia, 2013)

Quali sono i punti di forza del “Codice Rosa”? Quali sono gli ambiti in cui il codice rosa agisce? Cosa si intende per “vittimizzazione secondaria”? Quali sono i modelli di servizi di sostegno alle vittime? Cosa si intende per Codice Rosa e dignità della donna?



HIGHLIGHTS

Le basi neurobiologiche della differenza di genere nell'aggressività: una prospettiva evuzionistica

Il prof. Alleva dell'Istituto Superiore di Sanità, ha parlato delle differenze neurobiologiche presenti fra uomini e donne: ipotalamo e amigdala sono alcune delle aree maggiormente coinvolte. Le differenze sono innumerevoli, tuttavia queste si esprimono in comportamenti di tipo cognitivo e comprensivo senza correlazioni dirette con differenze strutturali cerebrali. Il relatore ha sottolineato che *“Il comportamento femminile e maschile è (circa) lo stesso in termini di singoli atti comportamentali ma modulato in modi anche molto differenti tra loro”*. Partendo da questa assunzione, il Prof. Alleva è passato a descrivere le effettive differenze sesso-funzionali, intese come fenotipi comportamentali, presenti nelle strutture neuroanatomiche. Nella donna sono più sviluppate rispetto all'uomo le aree dei lobi frontali e temporali, mentre nell'uomo il lobo inferiore parietale è più largo rispetto a quello della donna. Anche gli emisferi cerebrali presentano delle differenze sesso-dipendenti: l'uomo ad esempio ha un cervelletto più grande, mentre la donna presenta una struttura corticale più spessa a livello delle regioni temporale e parietale. Nell'ipotalamo le principali differenze sesso-dipendenti sono presenti nel nucleo mamillare laterale e mediale. Anche la stessa connettività intracerebrale presenta delle differenze sesso-dipendenti che si traduce in una migliore abilità di tipo motorio e spaziale nei maschi, mentre nelle donne prevalgono la memoria e la cognizione sociale. Il relatore ha tuttavia sottolineato che queste differenze neuroanatomiche e psicologiche sesso-dipendenti non sono sempre predittive delle differenze nel comportamento femminile e maschile. Nel caso del comportamento legato all'accoppiamento, la predittività è sicuramente maggiore, ma in altre circostanze è necessario includere altri fenomeni per aumentare il livello di predittività comportamentale, tipo la differente risposta allo stress o anche altre variabili esterne. Il centro dell'aggressività è riposto al livello dell'amigdala mediale, tuttavia i meccanismi neuroendocrini che stimolano queste reazioni sono profondamente differenti fra generi. Nel genere femminile aumenta l'aggressività di tipo materno, contro intrusi estranei, mentre nel maschio viene a prevalere l'aggressività verso altri soggetti dello stesso genere, definita come aggressività “intramaschile”. Il relatore ha concluso affermando che i rapporti sociali hanno un ruolo di primaria importanza nel modellare il cervello maschile e femminile e che i comportamenti aggressivi sesso-dipendenti devono essere studiati da tre punti di vista: antropologico fisico, culturale e sociologico.



Enrico Alleva
(Roma, Italia)

Gray vs. White Matter
Density of Neurons in Temporal Lobe Cortex
Hippocampus
Amygdala
Lateralization and Behavior

Brain-Based
Gender Differences

Multifaceted origins of sex differences in the brain. The number of known variables impacting how sex differences in the brain are established and maintained are numerous. They vary from the purely biological, such as hormones and genetics, to those impacted by experience and environment, such as epigenetics.

Cultural and societal expectations may also exert biological influences on the brain but determining these is a challenge. Media reports exaggerating the significance of sex differences confound efforts to have reasoned data-based discussions by the diverse community of scientists addressing this topic.

Quali sono le principali strutture neuro-anatomiche responsabili di differenze di genere? Quali sono le principali differenze di genere nella lateralizzazione emisferica dell'attività dell'amigdala? Quali sono le strutture e le connessioni coinvolte nel comportamento aggressivo?



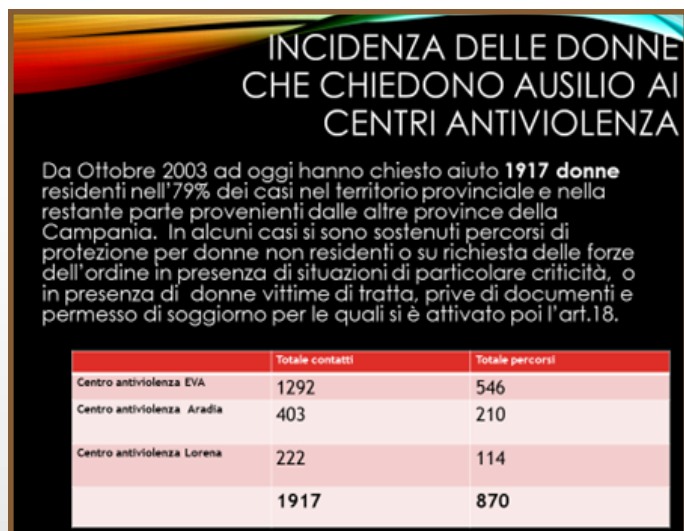
HIGHLIGHTS

Le donne vittime di violenza psicologica quotidiana: una condizione culturale. Tra antropologia sociale e psichiatria

Il Prof. Buffardi di Caserta ha affrontato la problematica legata alle donne che hanno subito violenza psicologica quotidiana. “Non esiste proprio” è la risposta più comune di queste donne. Questa forma di violenza è molto più sottile rispetto alla violenza fisica, coinvolge la sfera socio-culturale della donna e il suo vissuto “esistentivo”. Gli esistentivi sociali fanno sì che siano le donne stesse ad accettare quelle convenzioni socio-culturali che tendono a svalutare le forme di violenza psicologica strisciante che, tuttavia, possono essere causa primaria di malattia. Le ricadute esistenziali della violenza di genere sono: le limitazioni delle intenzionalità, la rigidità, il disagio esistenziale, le frustrazioni e appagamenti riparatori, il contrasto fra norme e propensioni. Fra questi fenomeni quello più significativo è il disagio esistenziale che si manifesta nel momento in cui la donna non si ritrova più nel contesto del mondo in cui vive, disagio quindi nei confronti di sé stessa e delle altre persone che fanno parte del suo mondo. Attraverso la presentazione di 4 differenti storie di donne, il relatore ha sviluppato il suo intervento approfondendo i principali esistentivi sociali alla base della violenza psicologica quotidiana a cui le donne sono esposte. Il Relatore ha quindi sottolineato l'importanza della crescita legata allo sviluppo della persona comprensiva di tutte le dimensioni etica, esistenziale, sessuale dei singoli individui.



Gianfranco Buffardi
(Caserta, Italia)



Quante donne sono state assistite nei centri antiviolenza della Campania dal 2003 ad oggi?
Quali sono gli elementi comuni presenti nelle storie di donne descritte dal relatore?
Qual è la prevalenza di depressione nel campione studiato dal relatore?
Quali sono le prospettive di cura indicate dal relatore per le donne vittime di violenza psicologica?



HIGHLIGHTS

Queste sono solo alcune delle tematiche trattate durante i lavori congressuali. Per un maggior approfondimento si rimanda al sito della **Fondazione Internazionale Menarini** dove sono presenti le relazioni congressuali in versione integrale.

Per seguire le presentazioni di questo convegno clicca su questo link: www.fondazione-menarini.it/... e, dopo aver effettuato il login entra nel materiale multimediale.



Fondazione Internazionale Menarini

Centro Direzionale Milanofiori 20089 Rozzano (MI) - Edificio L - Strada 6
Tel. +39 02 55308110 Fax +39 02 55305739 Email: milan@fondazione-menarini.it
www.fondazione-menarini.it - www.facebook.com/fondazionemenarini