

Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne

Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS



GIOVANNI FIORITI EDITORE

SCIENZE

Medicina, Psichiatria, Psicopatologia,
Psicologia e Psicologia clinica, Psicoanalisi,
Cognitivismo clinico, Polis,
Psichiatria e Psicologia dell'Età evolutiva,
Psicotraumatologia, Scienza

Psicotraumatologia: diretta da
Vincenzo Caretti, Giuseppe Craparo e Adriano Schimmenti

Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO.
Clinical and policy guidelines
© World Health Organization 2013

Il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha concesso i diritti di traduzione e pubblicazione dell'edizione italiana a Giovanni Fioriti Editore s.r.l., che è l'unico responsabile per questa edizione. Nel caso di qualche difformità tra le edizioni inglese e italiana, quella originale inglese sarà l'edizione vincolante e autentica.

Chi fotocopia un libro senza autorizzazione commette un reato.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'articolo 68, commi 4 e 5, della legge 22 Aprile 1941, n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da Giovanni Fioriti Editore s.r.l.; per informazioni info@fioriti.it

Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne.
Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS

I edizione – Copyright © 2014 Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
Via Archimede 179 – 00197 Roma
Tel. 068072063, Fax 0686703720
info@fioriti.it
www.fioriti.it
www.clinicalneuropsychiatry.org

ISBN: 978-88-95930-97-8

I diritti di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati.

Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne

ORIENTAMENTI E LINEE-GUIDA CLINICHE DELL'OMS

traduzione italiana di
Jessica Dagani e Giulia Signorini

cura dell'edizione italiana di
Giovanni de Girolamo e Patrizia Romito



Giovanni Fioriti Editore
Roma

INDICE

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA La violenza contro le donne: una prospettiva di sanità pubblica di Giovanni de Girolamo	VII
INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA I servizi sanitari di fronte alle donne vittime di violenza: cogliere l'opportunità, rispondere ai bisogni di Patrizia Romito	XI
RINGRAZIAMENTI DELL'EDIZIONE OIGINALE	XXI
ABBREVIAZIONI E GLOSSARIO	1
Abbreviazioni	1
Glossario	2
SOMMARIO	9
Introduzione	9
Destinatari	10
Metodi per lo sviluppo delle linee-guida	10
Sommario delle raccomandazioni	13
STATO DELL'ARTE	25
Obiettivo delle linee-guida	28
Diritti umani alla base delle linee-guida	28
METODI	31
Identificare, valutare e sintetizzare le evidenze scientifiche disponibili	31
Creazione del "Guideline Development Group"	32
Dichiarazioni sul conflitto di interessi inviate dai membri e dai revisori del "Guideline Development Group"	33
Processo decisionale durante l'incontro del "Guideline Development Group"	33

Preparazione dei documenti e revisione tra pari	35
EVIDENZE SCIENTIFICHE E RACCOMANDAZIONI	37
1. Per un'assistenza centrata sulla donna	37
2. Identificazione e assistenza delle donne vittime di violenza del partner	39
3. Assistenza clinica delle vittime di aggressione sessuale	57
4. Formazione degli operatori sanitari sulla violenza domestica e sessuale	75
5. Politica sanitaria ed erogazione dei servizi sanitari	84
6. Obbligo di segnalazione della violenza del partner	93
IMPLICAZIONI PER LA RICERCA	97
Lacune nelle ricerche basate sulle domande contenute nelle linee-guida	97
Identificazione della violenza del partner	97
Assistenza alle vittime di violenza del partner	98
Assistenza clinica alle vittime di aggressione sessuale	99
Formazione degli operatori sanitari sulla violenza da partner e sulla violenza sessuale	99
Politica sanitaria ed erogazione dei servizi sanitari	100
Obbligo di segnalazione della violenza del partner	100
DISSEMINAZIONE E APPLICAZIONE DELLE LINEE-GUIDA	101
Disseminazione delle linee-guida	101
Applicazione delle linee-guida	101
MONITORARE E VALUTARE L'APPLICAZIONE DELLE LINEE-GUIDA	103
AGGIORNAMENTO DELLE LINEE-GUIDA	105
ALLEGATI	107
I. Bibliografia	107
II. Esperti esterni e staff dell'OMS coinvolto nella preparazione delle linee-guida	118
Membri del "Guideline Development Group"	118
Segreteria OMS	120
Peer reviewers	121
Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte del "Guideline Development Group"	122
III. Elenco delle revisioni complete e delle tabelle riguardanti le evidenze scientifiche	123

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

La violenza contro le donne: una prospettiva di sanità pubblica

Giovanni de Girolamo

Negli ultimi anni, sotto la spinta di molteplici stimoli socioculturali, legislativi e politici, il tema della violenza contro le donne in Italia ha acquisito una crescente visibilità e ha accelerato, o addirittura imposto, cambiamenti significativi nella legislazione così come nell'organizzazione dei servizi sociosanitari che, a vari livelli, sono costretti a confrontarsi con questo drammatico problema. Le linee-guida dell'OMS, che qui vengono presentate, rappresentano un importante strumento formativo e applicativo per gli operatori del settore sanitario, i quali spesso rappresentano il primo punto di contatto per le vittime di violenza. L'obiettivo di queste righe introduttive è di contestualizzare e integrare quanto contenuto nelle linee-guida con alcuni elementi specifici relativi al contesto italiano.

1. L'ampiezza del fenomeno

Negli ultimi 20 anni sono stati condotti molti studi epidemiologici volti a indagare la prevalenza della violenza contro le donne: di recente proprio l'OMS ha prodotto un'importante revisione sistematica di ben 141 studi condotti in 81 paesi, tra i quali la maggior parte realizzati dopo il 1999 (WHO 2013). Nel complesso il 35% delle donne esaminate in queste ricerche aveva sperimentato, nel corso della propria vita (*lifetime*), violenza fisica e/o sessuale da parte del proprio partner, o violenza sessuale da parte di un altro uomo. La maggior parte delle violenze originava comunque proprio dal partner; sempre a livello internazionale, il 38% del totale degli omicidi di donne risultava essere stato commesso dal proprio partner. La stessa revisione sistematica ha messo in evidenza come le vittime di queste violenze avessero un rischio significativamente maggiore di soffrire di un'ampia serie di sequele sia somatiche che psichiche.

In Europa la ricerca più imponente in quest'area è stata pubblicata

pochi mesi or sono nella prestigiosa rivista *Lancet* (Macdowall et al. 2013): 15.162 persone ambosessi (tra cui 8.869 donne), in età compresa tra i 16 e i 74 anni, sono state intervistate individualmente con una tecnica sofisticata che proteggeva la confidenzialità delle informazioni fornite e facilitava la rivelazione di eventi di vita stressanti, che spesso le vittime non sono inclini a riferire a terzi. Da quest'ampio studio è emerso che il 9,8% delle donne e l'1,4% degli uomini è stato costretto, nel corso della propria vita, a sottostare a richieste sessuali non consenzienti (nel lavoro in questione si parla di *'non-volitional sex'*), con percentuali doppie (19,4% per le donne e 4,7% tra gli uomini) se consideriamo i casi in cui tali richieste non sono state portate a compimento. Questa importante indagine ha ancora una volta messo in luce la correlazione tra l'essere vittima di violenza sessuale e vari indicatori di tipo sociodemografico, ma soprattutto ha confermato che la violenza sessuale si accompagna a uno stato di salute precario o decisamente cattivo, a problemi relativi alla salute mentale, e all'uso di sostanze (e di alcol in particolare nelle donne) nel corso dell'ultimo anno considerato. Anche la vita sessuale delle vittime di violenza presentava numerosi segni di problematicità e difficoltà.

In Italia l'indagine più ampia sull'intero fenomeno della violenza contro le donne è stata realizzata dall'ISTAT su ben 25 mila donne, in età compresa tra i 16 e i 70 anni, intervistate su tutto il territorio nazionale dal gennaio all'ottobre 2006 con tecnica telefonica (ISTAT 2007). Le stime ottenute destano un forte allarme: l'ISTAT ha stimato, sulla base delle risposte ottenute, che siano ben 6 milioni e 743 mila le donne da 16 a 70 anni che sono state vittime di violenza fisica e/o sessuale nel corso della propria vita (pari al 31,9% della classe di età considerata): 5 milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%), e 3 milioni 961 mila violenze fisiche (18,8%). Circa 1 milione di donne ha subito uno stupro o un tentativo di stupro (4,8%). Il 14,3% delle donne con un rapporto di coppia attuale o precedente ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal proprio partner, mentre – se si considerano solo le donne con un ex-partner – la percentuale sale al 17,3%. Il 24,7% delle donne ha subito violenze da un altro uomo; mentre la violenza fisica è più di frequente opera dei partner (12% contro 9,8%), l'inverso accade per la violenza sessuale (6,1% contro 20,4%) soprattutto per il peso delle molestie sessuali: la differenza, infatti, è quasi nulla per gli stupri e i tentati stupri. Secondo i dati dell'indagine ISTAT, nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate.

Tutte queste stime stanno a testimoniare che il problema della violenza contro le donne rappresenta una priorità per la sanità pubblica per le due seguenti ragioni: (1) è un problema di rilevante ampiezza, che colpisce un numero estremamente elevato di cittadine; (2) ha pesanti conseguenze da un punto di vista sanitario.

2. Una prospettiva di sanità pubblica

In questa situazione occorre quindi chiedersi cosa possano e debbano fare i servizi sanitari, e quindi gli operatori che vi lavorano, per prevenire, affrontare e combattere il fenomeno in questione. Da questo punto di vista la situazione italiana presenta forti criticità, per la perdurante assenza di una formazione sistematica del personale sanitario, a cominciare da quello che lavora in servizi che rappresentano i punti di primo contatto per molte vittime, come servizi di P.S., servizi di salute mentale, reparti e servizi di ginecologia, consultori: è questa formazione che dovrebbe mettere tali operatori in grado di identificare correttamente le vittime di violenza, fornire risposte efficaci e temporalmente congrue, e disporre di tecniche di intervento e di trattamento di dimostrata efficacia. Sebbene vi siano stati, in questi ultimi anni, esperienze formative importanti, esse raramente hanno assunto carattere di sistematicità, sono da ascrivere in larga misura alla motivazione e all'impegno di pochi, specifici operatori e ancor più di rado (se non addirittura mai) ne è stata adeguatamente testata l'efficacia nel corso del tempo. Da questo punto di vista si può sperare che queste linee-guida agiscano da volano e da promotrici di sforzi ben più sistematici e rigorosi nel campo della formazione, consentendo di superare le inerzie e le resistenze culturali, professionali e corporative che si annidano ogni qual volta si vogliono introdurre delle innovazioni significative.

Un altro importante aspetto su cui le linee-guida pongono l'accento, e che occorre riprendere, è che il problema di cui si discute ha una rilevanza di sanità pubblica tale per cui, pur riconoscendo il ruolo straordinario giocato da associazioni, gruppi di volontariato, singole personalità attive in quest'ambito, la gestione degli aspetti sanitari del problema deve essere in prima persona attivamente governata dai servizi sanitari pubblici, al pari di quanto accade per tutte le altre priorità della sanità pubblica. Mentre la collaborazione con l'ampia rete dell'associazionismo privato va valorizzata e rinforzata, i servizi sanitari pubblici, e gli operatori che vi lavorano, devono avere una posizione di leadership nelle azioni da mettere in campo per interventi di prevenzione secondaria e terziaria e per contrastare il fenomeno, e non possono ridursi a un ruolo sussidiario di interventi gestiti da privati. In un paese che, come altri in Europa, ha un Servizio Sanitario Nazionale, appare opportuno – anche se non scontato – riaffermare tale concetto, peraltro fortemente ribadito nelle linee-guida realizzate da un organismo intergovernativo come l'OMS, che ha sempre cercato di valorizzare e rinforzare il ruolo dei servizi sanitari pubblici nella gestione dei problemi di maggiore rilevanza sociosanitaria.

Un altro concetto che traspare nell'intero documento, e che soprattutto in Italia richiede di essere ribadito con forza, riguarda la valutazione dell'efficacia degli interventi che si intraprendono. Nel nostro paese siamo

ancora ben lontani da una cultura della valutazione rigorosa di quanto si fa in campo sanitario: invece è necessario sottolineare, anche in ambiti come questo, in cui si può pensare che la bontà delle motivazioni possa supplire al rigore delle valutazioni metodologicamente appropriate, che abbiamo bisogno di fare ricerca per dimostrare cosa è realmente efficace (e le ricerche italiane in quest'area sono di fatto inesistenti), cosa è superfluo e cosa è addirittura nocivo, o fonte di potenziali problemi: una volta accertato ciò, è necessario raccordare gli interventi che si vogliono fare con quanto è stato dimostrato essere efficace. Si potrebbero fare molti esempi a questo riguardo, ma la prova migliore di quest'assunto è fornita dalle linee-guida che adottano le metodologie oggi impiegate a livello internazionale per dimostrare quale sia il peso delle evidenze a favore o a sfavore di singoli interventi, siano essi preventivi o terapeutici.

Se in Italia una cultura della valutazione riuscirà a imporsi anche in questo campo, saremo riusciti – nello stesso tempo – a prevenire e ridurre un fenomeno odioso, che minaccia il benessere psicofisico di milioni di cittadine, ma anche a fornire un esempio eccellente di come si possa coniugare l'etica della responsabilità e dell'impegno con l'etica della valutazione rigorosa.

Giovanni de Girolamo
medico psichiatra

Bibliografia

- ISTAT (2007). *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*. ISTAT, Roma.
- Macdowall W., Gibson L.J., Tanton C., Mercer C.H., Lewis R., Clifton S., Field N., Datta J., Mitchell K.R., Sonnenberg P., Erens B., Copas A.J., Phelps A., Prah P., Johnson A.M., Wellings K. (2013). Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 30, 382, 1845-1855.
- WHO (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. WHO, Geneva.

INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

I servizi sanitari di fronte alle donne
vittime di violenza:
cogliere l'opportunità, rispondere ai bisogni

Patrizia Romito

Da decenni ormai, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza contro le donne come un problema di salute enorme e uno dei principali fattori di rischio di cattiva salute e di morte prematura per donne e ragazze.

Secondo uno studio condotto a livello europeo, il 19% delle donne italiane ha subito, nel corso della vita, violenze fisiche o sessuali da un partner o da un ex-partner; il 6% le ha subite negli ultimi 12 mesi (FRA-European Union Agency for Fundamental Rights 2014). Da questo e da altri studi (come l'inchiesta dell'ISTAT, 2008) sappiamo inoltre che la frequenza delle violenze è particolarmente elevata tra le donne giovani e che le violenze psicologiche sono ancora più frequenti di quelle fisiche o sessuali.

L'impatto di queste violenze sulla salute delle donne che le subiscono, e dei figli che vi sono inevitabilmente coinvolti, è nella maggior parte dei casi grave e a volte devastante. Numerosi studi concludono che la vittima di violenze – che siano fisiche, sessuali o psicologiche, compiute da un partner o da un'altra persona – incorrerà in un problema di salute più spesso di un'altra donna che non abbia subito tali violenze. Le conseguenze possono essere immediate e dirette (una lesione, uno stato di choc) o indirette, a medio o lungo termine (una malattia cronica, una disabilità) (Resnick et al. 1997). Sul piano della salute mentale, una donna vittima di violenze corre un rischio di depressione 5/6 volte più elevato di una donna che non le ha subite (Romito et al. 2005); se ha vissuto un'aggressione sessuale nell'ultimo anno – indipendentemente dall'autore, che è quasi sempre un uomo noto – il rischio di un tentato suicidio è 26 volte più elevato (Jaspard et al. 2003); più elevata è anche la probabilità di soffrire di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) (Jaspard et al. 2003). Un solo esempio, sul piano della salute fisica: una

donna che ha subito violenze corre un rischio dalle 2 alle 6 volte più elevato (secondo il tipo di violenza) di sviluppare un cancro alla cervice uterina (Coker et al. 2009). In generale, avere un partner violento influenza negativamente la vita riproduttiva e sessuale della donna: essa avrà più spesso difficoltà a gestire contraccezione e scelte riproduttive, e di conseguenza incorrerà più spesso in gravidanze non volute o in aborti; se incinta, correrà maggiori rischi di patologie in gravidanza e di far nascere un bambino sotto-peso (Coker 2007).

Data la frequenza delle violenze e il loro impatto sulla salute, non c'è da stupirsi che tra le utenti dei servizi sanitari la percentuale di vittime di violenze sia molto più elevata che tra la popolazione generale. Per citare solo dati italiani, ha subito violenze nell'ultimo anno il 12% delle donne ricoverate per un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) (Romito et al. 2009); il 14% di quelle che accedono, per un motivo qualsiasi, al pronto soccorso (con una percentuale più elevata nel sottogruppo delle più giovani) (Romito e Gerin 2002); il 9% tra le utenti di medici di medicina generale (Romito et al. 2005). Negli Stati Uniti, uno studio in un servizio psichiatrico indica che il 57% delle donne e il 17% degli uomini aveva subito una violenza sessuale (Cusack et al. 2004).

Gli operatori sanitari hanno un ruolo chiave nel rispondere ai bisogni delle vittime, per diversi motivi: essi/esse sono spesso le prime figure, e a volte le sole, che possono rendersi conto della situazione che la donna sta vivendo; rappresentano spesso delle figure autorevoli nella comunità, e i loro comportamenti hanno un "peso" importante sulla singola paziente e sulle persone che la circondano; la violenza, presente o passata, costituisce una delle cause della malattia/sofferenza (a volte la principale) e va quindi inclusa nella diagnosi e nella presa in carico (WHO 2010).

Per questo, le linee-guida dell'OMS su "Come rispondere alla violenza da partner e sessuale contro le donne" sono così importanti. Esse indicano chiaramente che, se la questione della violenza contro le donne trova le sue radici nella disparità tra i generi e nella discriminazione contro le donne (come ribadito da vari documenti delle Nazioni Unite e più recentemente dalla Convenzione di Istanbul) (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza da partner, 2011) e va quindi affrontata sul piano culturale e politico, le conseguenze di questa violenza sono invece un problema sanitario di enorme portata: è quindi responsabilità dei servizi sanitari nazionali rispondervi in modo appropriato.

Le linee-guida propongono così una sintesi di quello che bisogna fare

per rispondere ai complessi bisogni di una donna che ha subito violenze, presentando, almeno negli ambiti dove esistono studi accreditati, solo modelli di intervento basati su evidenze scientifiche. Da alcuni decenni infatti, l'OMS insiste sulla necessità di valutare gli interventi – che siano di tipo terapeutico, psico-sociale o educativo –, scegliendo quindi di promuovere o mettere in pratica solo quelli di cui studi rigorosi hanno mostrato l'efficacia (WHO 2010a).

Le linee-guida hanno un'ottica internazionale: vogliono fornire indicazioni che valgano per paesi in cui lo sviluppo sociale ed economico, i diritti umani e in particolare i diritti delle donne e le configurazioni di violenza possono essere anche molto diverse. Si tratta di una sfida che implica limiti – è possibile trovare dei messaggi comuni per contesti molto differenti? – ma anche punti di forza. Gli esperti provenienti da numerosi paesi che hanno preparato le linee-guida hanno dovuto enucleare gli elementi essenziali, insostituibili delle risposte da dare alle donne, arrivando al punto più avanzato su cui tutti potevano essere d'accordo. C'è da dire che, almeno secondo le nostre conoscenze, neppure nei paesi e nei sistemi sanitari più avanzati su questo tema, le raccomandazioni delle linee-guida vengono applicate sistematicamente.

Oltre che per le indicazioni concrete sul come agire in ambito sanitario – chiaramente e ripetutamente presentate nel testo –, le linee-guida si caratterizzano per alcuni elementi di grande importanza.

- Secondo l'OMS, le cure sanitarie dirette alle vittime di violenza devono radicarsi in un approccio rispettoso dei diritti umani delle donne. Questo significa adottare un approccio di cure “centrate sulle donne”, che tuteli la loro dignità e garantisca autonomia decisionale. Per esempio, se è necessario che l'operatore sappia individuare i segnali di violenza e sappia ascoltare la donna con empatia, non deve farle pressioni perché riveli la sua storia o perché adotti un percorso (per esempio denunciare il violento) piuttosto che un altro¹. Nello stesso senso, il concetto di “cure condivise” implica che tutte le decisioni (per esempio, se trascrivere o meno le informazioni sulla violenza nella cartella clinica) vanno prese con la donna e con il suo consenso informato.
- Altrettanto importante, e ripetutamente affermato: l'approccio alle cure dev'essere “gender sensitive”, attento alla questione del

NOTA

¹ Si tratta di un tema cruciale. Nella formazione di operatori sanitari o di studentesse e studenti di medicina o psicologia, emerge ripetutamente l'idea che la via di uscita dalla violenza sia rappresentata dalla denuncia. Purtroppo la denuncia, in sé, non dà alla donna nessuna protezione dalla violenza, né le garantisce un percorso sicuro di uscita (vedi Romito e Melato 2013)

genere. Gli operatori sanitari devono avere la consapevolezza dell'impatto che il "genere" – discriminazioni materiali, aspettative, stereotipi... – ha sulla vita delle donne e devono essere in grado di tenerne conto nell'approccio con le vittime. Si tratta di un messaggio fortemente presente anche nella "Convenzione di Istanbul" quando afferma sin dal Preambolo che la violenza contro le donne ha una natura strutturale in quanto basata sulla discriminazione di genere ed è uno dei principali meccanismi per costringere le donne in una posizione subordinata rispetto agli uomini.

- Tutti gli interventi proposti nelle linee-guida si basano sul fatto che il personale sanitario – operatori, ma anche personale tecnico-amministrativo e dirigenti – sia formato sulla violenza contro le donne. Che si tratti di individuare i casi di violenza tra le pazienti, di garantire che in ogni struttura ci sia una persona di riferimento, di proporre una psicoterapia alle vittime che riportano sintomi depressivi, la formazione approfondita dell'operatore è cruciale. Secondo le linee-guida, la formazione dev'essere: erogata o coordinata da attiviste nel campo della violenza (in Italia, diremmo da operatrici di accoglienza, con l'esperienza di lavoro nei Centri anti-violenza); multidisciplinare, così da includere sanitari, attiviste e forze dell'ordine (e altri specialisti all'occorrenza); tale da mettere queste persone in grado di lavorare in rete per dare una risposta coerente alle vittime; deve basarsi su un approccio di rispetto dei diritti umani e di promozione dell'uguaglianza di genere; deve confrontare gli operatori con le loro credenze e pregiudizi e, a volte, anche con la loro personale storia di violenza; dev'essere inclusa nel curriculum universitario o professionale degli operatori e dev'essere proposta a intervalli regolari a chi già lavora; il suo impatto dev'essere valutato con metodi rigorosi. Si tratta di elementi condivisi dalla "Convenzione di Istanbul" (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza da partner, 2011) quando sottolinea la necessità di una formazione degli operatori che vada nel senso di una "cooperazione coordinata inter-istituzionale", tale da consentire una gestione globale del problema (art. 15). Per inciso, questi elementi caratterizzano il corso pionieristico su "Violenza alle donne e ai minori: una questione di salute pubblica", offerto agli studenti e studentesse del Corso di laurea in medicina dell'Università di Trieste (Romito et al. 2014), a riprova del fatto che è possibile seguire le indicazioni dell'OMS anche nel contesto ordinario della didattica in un Ateneo italiano.

- Importanti sono anche le indicazioni relative alle conseguenze di una violenza sessuale. Nella maggior parte dei paesi industrializzati, inclusa l'Italia, l'attenzione rivolta alla questione della violenza contro le donne si è concentrata soprattutto sul maltrattamento "domestico", cioè la violenza del partner: probabilmente la forma di violenza più diffusa che, oltre alle violenze fisiche e psicologiche, include spesso anche violenze sessuali. In questo contesto, le aggressioni sessuali al di fuori di un rapporto di coppia sono meno visibili, anche se sono frequenti, soprattutto tra le adolescenti e le giovani donne. Risultano così particolarmente utili le indicazioni delle linee-guida in proposito. Sul piano delle cure sanitarie, va sottolineata l'indicazione di offrire alla donna una contraccezione di emergenza (pillola del giorno dopo o IUD) o, se la consapevolezza della gravidanza è tardiva, e compatibilmente con le leggi nazionali, l'interruzione volontaria di gravidanza. Si tratta di indicazioni importanti anche nel nostro paese. Sul piano psicologico, si deve offrire alla vittima di un'aggressione sessuale un primo sostegno emotivo (secondo modalità ben descritte), assumendo poi un atteggiamento "vigile" e intervenendo con mezzi appropriati – in particolare la psicoterapia cognitivo-comportamentale – solo nel caso che i sintomi psicologici persistano. In sintesi, un atteggiamento "ragionevole", che rifiuta la banalizzazione dello stupro, o ancora peggio la colpevolizzazione della donna, senza però partire dal presupposto che tutte le vittime di stupro ne siano devastate e necessitino di un intervento specialistico e medicalizzante. Va aggiunto che secondo le linee-guida, ogni struttura deve poter disporre, su ogni turno, di una persona di riferimento, formata appropriatamente, per rispondere alle esigenze del caso, dalla visita medica e la raccolta delle prove al sostegno emotivo della vittima e ai contatti con altre servizi/associazioni.
- Un'indicazione importante delle linee-guida riguarda il ruolo della ricerca, più volte sottolineato. Non solo le Raccomandazioni si basano, per quanto è possibile, su risultati scientifici, ma vi è dedicato un intero capitolo, "Implicazioni per la ricerca", con indicazioni sui temi rispetto ai quali mancano conoscenze affidabili. È urgente fare ricerca sulla trasmissione intergenerazionale della violenza, e quindi sull'esposizione dei bambini a un padre violento; sulla valutazione degli interventi, anche di carattere psico-sociale, tra cui la formazione degli operatori; su quali programmi per donne maltrattate, inclusa la creazione di rifugi sicuri, si possano sviluppare nei paesi a basso reddito. Il testo dell'OMS menziona la metodologia dei RCT

(trattamenti controllati randomizzati) anche se pare evidente che per raggiungere gli obiettivi conoscitivi indicati sono necessari studi multidisciplinari e multimetodo, con approcci anche di tipo etnografico e qualitativo (anche nel solco della medicina narrativa). Rispetto al nostro paese, dove il ritardo nella ricerca su questo tema è grandissimo, questo significa creare una linea di finanziamento nazionale e, a livello delle Università, garantire una quota di borse di dottorato e di assegni di ricerca su questi temi.

- Un aspetto controverso, su cui gli autori delle linee-guida riconoscono di non aver trovato un accordo, riguarda l'identificazione dei casi di violenza nei servizi sanitari. Due tendenze si confrontano: quella dello screening universale, secondo cui a tutte le donne viene fatta di routine una domanda sulla violenza, e quella del "case-finding", o indagine clinica, secondo cui questa domanda viene fatta solo a donne che presentano dei fattori di rischio o dei sintomi suggestivi di violenza. Qual è dunque l'approccio più appropriato? Gli autori sottolineano che non ci sono prove che lo screening di routine migliori significativamente l'esito, per esempio si traduca in miglior salute della donna o in maggiori probabilità che lasci il partner violento. Va detto tuttavia che in una situazione così complessa, la domanda del medico sulla violenza, anche quando rappresenta un elemento di grande importanza, non può da sola determinarne l'esito. Molti altri aspetti entrano in gioco: le caratteristiche psicologiche e sociali della donna, dell'uomo violento e del loro ambiente familiare, le condizioni economiche, le risposte delle forze dell'ordine e della giustizia, solo per citare le più importanti. Certo, quando il sanitario fa questa domanda, trasmette un messaggio di grande importanza: il problema esiste, riguarda tante donne, è rilevante per la salute, se ne può parlare, ne puoi parlare con me... Starà poi alla vittima decidere se ne vuole parlare subito o in un'altra occasione, o mai: intanto però il messaggio è stato trasmesso. D'altra parte, un limite importante del "case-finding" è che l'operatore indagherà su situazione di violenza soprattutto o solamente quando la donna che ha davanti corrisponde allo stereotipo della vittima: emarginata, appartenente a un'etnia particolare, con un partner alcolista... Con il risultato di stigmatizzare ulteriormente queste donne e di ignorare la possibilità della violenza in quelle che non corrispondono allo stereotipo. Altri autori sottolineano l'utilità di un protocollo chiaro, che guidi gli operatori sul "cosa fare", alleggerendo così la loro ansia (O'Campo et al. 2011). Naturalmente è necessario, e le linee-guida lo precisano, che

una domanda sulla violenza – che si tratti di screening universale o di case-finding – sia fatta solo se il servizio presenta alcuni requisiti minimi: se si può garantire la sicurezza della donna, la riservatezza di quanto ci confida, l'integrazione del servizio con la rete di altri servizi o associazioni sul territorio, e se gli operatori sono stati pienamente formati. In assenza di questi requisiti, fare una domanda sulla violenza è inutile e può anche essere molto pericoloso.

Su questo aspetto controverso, le linee-guida adottano un atteggiamento “salomonico”. Sconsigliano di adottare lo screening universale ma suggeriscono agli operatori di “indagare l'eventuale esposizione alla violenza da partner nel valutare quelle condizioni che possono essere causate o complicate da tale violenza”, fornendo una lista di “Esempi di condizioni cliniche associate alla violenza da partner” quali (sintetizzo): sintomi di depressione, ansia, PTSD, disturbi del sonno, suicidalità o autolesionismo, dipendenza da sostanze; sintomi gastrointestinali cronici, urogenitali, sessuali e infezioni non giustificati; esiti riproduttivi avversi; dolore cronico o lesioni traumatiche non giustificati; mal di testa, problemi cognitivi, perdita dell'udito; consultazioni sanitarie ripetute o partner intrusivo.

Bisogna anche aggiungere che, al di là della controversia su quale sia l'approccio più adeguato e su quali prove scientifiche abbiamo a disposizione in proposito, il vero problema è che il personale sanitario è estremamente restio a fare una domanda sulla violenza. Uno studio in Canada, un paese “avanzato” sul piano del contrasto della violenza e dove la formazione del personale sanitario è generalizzata, mostra che la famosa domanda era stata fatta a meno di un quarto delle donne incinte vittime di violenze (Malta et al. 2012). Secondo uno studio italiano (Minin 2012) su un campione di operatori dei servizi psichiatrici territoriali e delle dipendenze in Friuli Venezia-Giulia, non più del 3% degli intervistati fa sempre o quasi sempre alle/ai pazienti una domanda su una possibile situazione di violenza. Va aggiunto che le donne, utenti di vari servizi, intervistate in numerose ricerche, sono invece nella grande maggioranza favorevoli – che abbiano una storia di violenza o meno – a che il medico faccia a tutte tale domanda (Romito e Melato 2013).

Data la vasta portata degli obiettivi di queste linee-guida – dare indicazioni essenziali valide per paesi molto diversi su un problema vasto e complesso – è inevitabile che si riscontrino anche alcuni limiti. Il taglio delle indicazioni a volte risente di un'ottica emergenziale o “eccezionalista”: si ha l'impressione che le relatrici/relatori abbiano in

mente più un servizio di pronto soccorso che la medicina di base; più l'aggressione sessuale da estranei che dal marito o dal compagno di scuola; più una situazione di emergenza (guerra, migrazione forzata) che il quotidiano in un paese industrializzato; più le violenze fisiche e sessuali che le violenze psicologiche, che pur costituiscono la base del maltrattamento "domestico". L'immagine della donna vittima di violenze che ne risulta è generica, mentre la condizione economica, lo status di immigrata legale o illegale, il colore della pelle o l'origine etnica, l'orientamento sessuale, lo stato di disabilità, l'età hanno un impatto sia sul rischio di subire violenza sia sulla risposta da parte dell'istituzione sanitaria. Mentre si fa ripetutamente riferimento alle donne in gravidanza e alle cure prenatali (necessità di identificare i casi, sostegno psico-sociale), le adolescenti e le donne più anziane sono solo menzionate: in entrambi i casi si tratta di categorie sociali vulnerabili, che richiedono dagli operatori delle risposte in parte specifiche (Romito e Melato 2013). Anche il riferimento ripetuto, nei casi di sofferenza mentale delle vittime, alla guida dell'OMS per l'intervento relativo ai problemi mentali, neurologici e di dipendenze in strutture non specializzate (mhGAP), (WHO 2010b) può essere fuorviante, in quanto il mhGAP considera solo marginalmente la violenza come possibile origine o concausa della sofferenza psicologica.

Nessun testo, neppure le linee-guida dell'OMS, può comunque essere esaustivo: molti temi possono essere approfonditi, anche con maggior aderenza alla situazione italiana, in alcuni testi pubblicati recentemente nel nostro paese (Romito e Melato 2013, Reale 2011).

Per concludere, oltre alle raccomandazioni specifiche, quasi tutte di grande importanza, ci sembra che un elemento forte di queste linee-guida risieda nella loro volontà di rivolgersi non solo agli operatori sanitari "di prima linea", ma anche alla dirigenza e ai responsabili politici della sanità: se il problema della violenza contro le donne è un problema strutturale e non contingente o emergenziale, anche la risposta dei servizi sanitari e delle politiche sanitarie dev'essere strutturale. Nel nostro paese, dove finora poco si è fatto a livello nazionale sul piano della risposta alla violenza contro le donne, le linee-guida dell'OMS possono contribuire ad aprire un confronto con la politica su questo tema e a fare alcuni necessari passi avanti.

Prof. Patrizia Romito,

Delegata del Rettore per "Riequilibrio delle Opportunità,
necessità didattiche e disabilità".

Laboratorio di Psicologia Sociale e di Comunità
Dipartimento di Scienze della Vita - Unità di Psicologia
Università di Trieste

Bibliografia

- Coker A.L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse* 8, 149-77.
- Coker A., Hopenhayn C., DeSimone C., Heather M., Crofford L. (2009). Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer. *Journal of Women's Health* 18, 8, 1179-1185.
- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza da partner (2011). (Convenzione di Istanbul) www.coe.int/conventionviolence
- Cusack K., Frueh C., Brady K. (2004). Trauma history screening in a Community Mental Health Center. Psychiatric Services. doi: 10.1176/appi.ps.55.2.157
- FRA-European Union Agency for Fundamental Rights (2014). Violence Against Women: an EU-wide Survey.
- Istat (2008). *La violenza contro le donne. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Sicurezza delle donne"*. Istat, Roma.
- Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B. et al. (2003). *Les violences envers les femmes en France, Recherche ENVEFF*. La Documentation française, Paris.
- Malta L., McDonald S., Hegadoren K., Weller C., Tough S. (2012). Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/153>
- Minin L. (2012). Riconoscere gli abusi sessuali: un'analisi sugli atteggiamenti e gli stili operativi di professionisti della salute mentale. Tesi di Laurea magistrale, Corso di laurea in Psicologia, Università di Trieste, AA 2011-12 (relatrice: prof. P. Romito).
- O'Campo P., Kirst M., Tsamis C., Chambers C., & Ahmad F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine* 72, 6, 855-866.
- Reale E. (2011). Maltrattamento e violenza sulle donne, vol. ii: *Criteri, metodi e strumenti dell'intervento*. FrancoAngeli, Milano.
- Resnick H.S., Acierno R., & Kilpatrick D.G. (1997). Health Impact of Interpersonal Violence. Section II: Medical and mental health outcomes. *Behavioral Medicine* 23, 2, 65-78.
- Romito P., Gerin D. (2002). Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. *Social Science & Medicine* 54, 12, 1813-1824.
- Romito P. e Melato M. (a cura di) (2013). *Violenze su donne e minori: una guida per chi lavora sul campo*. Carocci Editori, Roma.
- Romito P., Escriba-Agtür V., Pomicino L., Lucchetta C., Scrimin Molzan Turan J. (2009). Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Women's Health Issues* 19, 335-343.
- Romito P., Grassi M., Beltramini I., Zweyer M. (2014). Educating Medical Students on Violence Against Women: A Quasi Experiment in the Real World, pp. 297-313. In K. Smedslund, D. Risse (a cura di) *Responsabilités et violences envers les*

femmes. Presses de l'Université du Québec.

Romito P., Molzan Turan J., De Marchi M. (2005). The impact of current and past violence on women's mental health. *Social Science & Medicine* 60, 1717-27.

WHO (2010a). *Preventing intimate partner and sexual violence against women*.

WHO (2010b). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*.

RINGRAZIAMENTI DELL'EDIZIONE ORIGINALE

Queste linee-guida sono state prodotte dal Dipartimento di salute riproduttiva e ricerca (RHR) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sotto la guida della Dr.ssa Claudia García-Moreno. Lo sviluppo di queste linee-guida è stato possibile grazie alla competenza e al supporto di molte persone. Il processo di sviluppo delle linee-guida è stato avviato con l'*Expert meeting on health-sector responses to violence against women* che ha avuto luogo nei giorni 17-19 Marzo 2009, con il contributo della Fondazione Packard per l'OMS/RHR. L'OMS ringrazia i membri del "Guideline Development Group" (GDG): Siti Hawa Ali, Maha A. Almuneef, Jacquelyn Campbell, Padma Deosthali, Gene Feder (Presidente), Kelsey L. Hegarty, Louise M. Howard, Rachel Jewkes, Ruxana Jina, Joanne Klevens, Sylvie Lo Fong Wong, Judith McFarlane, Harriet MacMillan, Sandra Martin, Jagadeesh Narayana Reddy, Josephine Njoroge, Ana Flavia Pires Lucas D'Oliveira, Aurora del Rio Zolezzi, Laura Sadowski, Agnes Tiwari e Zhao Gengli. Le linee-guida sono basate sulle discussioni emerse durante la riunione del GDG tenutasi a Ginevra il 12-14 Settembre 2011 e su successivi input dei membri del GDG e dei revisori. Gene Feder, Professore di Primary Health Care presso l'Università di Bristol (Regno Unito), ha presieduto il gruppo e offerto aiuto e guida a livello globale. Ruxana Jina, Università del Witwatersrand (Sud Africa); Naira Kalra, Ginevra (Svizzera); Sandra Martin, Department of Maternal & Child Health presso l'Università del North Carolina (Stati Uniti), e Laura Sadowski, Co-Direttore del Collaborative Research Unit Cook County Hospital (Stati Uniti), hanno effettuato le revisioni delle evidenze scientifiche che supportano le linee-guida. Il Direttivo, che ha fornito suggerimenti durante tutte le fasi di sviluppo delle linee-guida, era composto da Gene Feder, Sandra Martin, Laura Sadowski (sopra citati), Padma Deosthali, Coordinator Centre for Enquiry into Health & Allied Themes Research Centre of Anusandhan Trust Sai Ashray (India), Rachel Jewkes, Gender & Health Research Unit, Medical Research Council (Sud Africa), e Nancy Turnbull, Project Manager (Regno Unito).

Dall'OMS hanno partecipato: Metin Gulmezoglu e João Paulo Dias De

Souza dell'RHR, Mark Van Ommeren del Department of Mental Health and Substance Abuse, Christopher Mikton del Department of Injuries and Violence Prevention, Marco Antonio de Avila Vitoria e Rachel Baggaley del Department of HIV/AIDS, Alessandra C. Guedes del Pan-American Health Organization/Ufficio Regionale per le Americhe dell'OMS, Washington, DC (Stat Uniti) e Isabel Yordi dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, Copenhagen (Danimarca); tutti hanno fornito un prezioso contributo a queste linee-guida.

Si ringraziano in maniera particolare le seguenti persone che hanno preso parte al lavoro di revisione: Nicola Christofides, Lina Digolo-Nyagah, Jill Keesbury, Bob Mash, Vivienne Nathanson, Michael Rodriguez, Francelina Romao, Nadine Wathen e Jiuling Wu.

L'edizione originale delle linee-guida è stata curata da Priya Shetty e Penny Howe.

ABBREVIAZIONI E GLOSSARIO

Abbreviazioni

- CBO** Organizzazione territoriale (Community-Based Organization)
- CBT** Terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive Behavioural Therapy)
- CDC** Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (Centers for Disease Control and Prevention)
- CEDAW** Commissione delle Nazioni Unite per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (United Nations Committee on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women)
- DSM** Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- EMDR** Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- FIGO** Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia (International Federation of Gynaecology and Obstetrics)
- GDG** Gruppo per lo sviluppo delle linee-guida ("Guideline Development Group")
- GRADE** Classificazione e analisi, sviluppo e valutazione delle raccomandazioni (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
- ILO** Organizzazione internazionale del lavoro (International Labour Organization)
- IUD** Dispositivo intrauterino (Intra Uterine Device)
- mhGAP** Programma d'azione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul divario esistente nella salute mentale (WHO Mental Health Gap Action Programme)
- NGO** Organizzazione non governativa (Non Governmental Organization)
- PICOT** Popolazione, intervento, controllo, esito e lasso temporale (Population, Intervention, Comparator, Outcome and Timeframe)
- PMTCT** Prevenzione della trasmissione (dell'HIV) da madre a figlio –

Prevention of Mother-To-Child Transmission (of HIV)

PTSD Disturbo da stress post-traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder)

RHR WHO Dipartimento di salute riproduttiva e ricerca dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Department of Reproductive Health and Research)

SANE Infermiere esaminatore della violenza sessuale (Sexual Assault Nurse Examiner)

STI Infezione sessualmente trasmissibile (Sexually Transmitted Infection)

TF-CBT Terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma (Trauma-Focused CBT)

UK Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)

UNHCR Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees)

UNFPA Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (United Nations Population Fund)

USA Stati Uniti d'America (United States of America)

WHO Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS – (World Health Organization)

Glossario

Advocacy: Nel contesto dei servizi per la violenza da partner, il significato del termine “advocacy” varia tra paesi e all’interno degli stessi, a seconda dei contesti istituzionali e degli sviluppi storici relativi al ruolo degli “advocates”. In generale, gli “advocates” si interfacciano con le singole vittime di abusi, con l’obiettivo di sostenerle e incoraggiarle anche per quanto riguarda l’accesso ai servizi territoriali. In alcune strutture sanitarie, gli “advocates” possono anche avere un ruolo nel determinare un cambiamento a livello dell’intero sistema assistenziale, favorendo una maggiore identificazione da parte dei clinici delle donne che subiscono abusi. In queste linee-guida, definiamo le attività principali dell’advocacy come un sostegno che comprenda: una consulenza su questioni legali, economiche e alloggiative; il facilitare l’accesso e l’utilizzo delle risorse della comunità come case-rifugio, case di accoglienza, o sistemazioni di emergenza; una consulenza informale; un supporto continuo, e una consulenza sul piano della sicurezza personale. Nelle nostre raccomandazioni, abbiamo distinto, sulla base di una relativamente chiara differenziazione nelle evidenze scientifiche, advocacy da interventi psicologici, questi ultimi basati su espliciti metodi o teorie psicologiche.

Accertamento del caso o indagine clinica: Nel contesto della violenza da partner, questo termine si riferisce all'identificazione di donne che subiscono violenza e che si presentano ai servizi sanitari, mediante l'impiego di domande specifiche basate sulle condizioni presentate, sulla storia e, ove appropriato, sull'esame della paziente. Questi termini sono usati in modo differente da "screening" o "indagine di routine".

Aggressione sessuale: Una sottocategoria della violenza sessuale; l'aggressione sessuale di solito comprende l'uso della forza fisica o altro per ottenere o tentare la penetrazione. Essa comprende lo stupro, definito come la penetrazione fisicamente o altrimenti forzata della vulva o dell'ano con il pene, un'altra parte del corpo, o un oggetto, sebbene la definizione legale di stupro possa variare e, in alcuni casi, includere la penetrazione orale^a.

Casa-Rifugio: Conosciuto anche come alloggio sicuro o casa protetta, questo è solitamente un alloggio, spesso situato in un luogo segreto, dove le donne possono rifugiarsi per fuggire da partner violenti. Di solito gestito da un'organizzazione non governativa (NGO), la casa-rifugio ha rappresentato la prima risposta politica e sociale alla violenza dei partner da parte del movimento femminista in paesi ad alto reddito negli anni '70. Tuttavia, il termine può anche fare riferimento a una chiesa, un gruppo comunitario, o un altro setting che fornisca un rifugio sicuro per le donne vittime di violenza.

Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR): Questa terapia comprende delle procedure standardizzate che includono un focus simultaneo su (a) associazioni spontanee delle immagini traumatiche, pensieri, emozioni e sensazioni corporee, e sulla (b) stimolazione bilaterale, più comunemente sotto forma di movimenti oculari ripetitivi. A differenza della CBT con un focus sul trauma, la terapia EMDR è un trattamento condotto senza effettuare una descrizione dettagliata dell'evento, senza mettere in discussione le credenze della persona trattata, e senza esposizione prolungata.

Empowerment: Aiutare le donne a sentirsi maggiormente in grado di controllare la propria vita e di prendere decisioni circa il proprio futuro, com'è spiegato nella teoria dell'empowerment di Dutton^b. Questo autore fa notare che le donne maltrattate non sono "malate", ma piuttosto si trovano in una "situazione malata" per rispondere

NOTE

^a Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, Sexual violence, in Krug E et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

^b Dutton MA. *Empowering and healing the battered woman. A model for assessment and intervention*. New York, Springer Publishing Company, 1992.

alla quale è necessario mostrare comprensione e prendere in considerazione le diverse esigenze di sostegno, advocacy e guarigione. L'empowerment è un aspetto chiave degli interventi di advocacy e di alcuni interventi psicologici (counselling breve).

Indagine di routine: Termine a volte usato per riferirsi all'indagine sulla violenza del partner condotta senza ricorrere ai criteri che nella sanità pubblica definiscono un completo programma di screening^a; può essere usato per indicare di considerare anche un basso livello di rischio/sospetto per fare alle donne, ma non necessariamente a tutte, una domanda sulla violenza, nei servizi sanitari^b.

Interventi psicologici: Comprendono il counselling formale, la psicoterapia e una gamma di diverse tecniche psicologiche utilizzate da una persona addestrata per questi interventi. Questi approcci sono proposti in gruppi o coppie dello stesso sesso o di entrambi i sessi, oppure su base individuale. Ciò può assumere molte forme e una delle più comuni è rappresentata dalle terapie generalmente classificate come cognitive-comportamentali o CBT. Vedere anche "Terapia cognitivo-comportamentale" e "Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari" (EMDR).

Operatore/servizio sanitario: Un individuo o un'organizzazione che fornisce servizi di assistenza sanitaria in modo sistematico. Nel caso di un individuo, questo può essere un professionista sanitario, un operatore territoriale, o qualsiasi altra persona che è addestrata e competente in materia di salute; può anche includere operatori sanitari non professionisti (ad esempio dei volontari) che hanno ricevuto una formazione per fornire assistenza sul loro territorio di competenza. Le organizzazioni includono ospedali, cliniche, centri di assistenza primaria e altri punti di erogazione assistenziale. In queste linee-guida, il termine "operatore sanitario" si riferisce di solito a chi fornisce l'assistenza primaria (infermiere, ostetrica, medico o altro).

Partner intimo: Un marito, convivente, fidanzato o amante, o ex-marito, ex-partner, ex-fidanzato o ex-amante^c.

NOTE

^a I criteri sono elencati in Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease* Geneva, World Health Organization, 1968. (http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf). I criteri di selezione del Regno Unito sono citati in [# fileid9287](http://www.screening.nhs.uk/criteria).

^b Taket A et al. *Routinely asking women about domestic violence in health settings*. *BMJ*, 2003, 327(7416):673-676.

^c La definizione di partner intimo varia tra i contesti e gli studi e include legami formali, come il matrimonio, così come legami informali, tra cui la convivenza, i rapporti di frequentazione e le relazioni sessuali non coniugali. In alcuni contesti, i partner intimi tendono a essere sposati, mentre in altri i legami più informali sono più comuni.

Processo decisionale condiviso: Si riferisce ai casi in cui clinici e pazienti prendono delle decisioni insieme utilizzando le migliori evidenze scientifiche disponibili. In collaborazione con il proprio medico, le pazienti sono incoraggiate a prendere in considerazione le opzioni disponibili e i possibili rischi e benefici di ciascuna di esse, a comunicare le proprie preferenze, e a contribuire nelle scelte che meglio si adattano a queste ultime^a.

Segnalazione obbligatoria: Fa riferimento alla legislazione approvata da alcuni paesi che richiede agli individui o alle persone designate, come ad esempio gli operatori sanitari, di segnalare (in genere alla polizia o al sistema giudiziario) qualsiasi episodio di violenza da partner effettivo o sospetto, o di violenza da parte di un partner intimo. In molti paesi, la segnalazione obbligatoria vale anzitutto per l'abuso infantile e il maltrattamento dei minori, ma in altri è stato esteso alla segnalazione di violenza da parte di un partner.

Servizi di intervento di crisi: Sono servizi che offrono supporto specialistico, advocacy, consulenza e informazioni in maniera riservata, in un ambiente sicuro e non minaccioso.

Screening (screening universale): Estesa valutazione di interi gruppi di popolazione, senza operare alcuna selezione dei soggetti sottoposti alla valutazione^b.

Supporto: Ai fini delle presenti linee-guida, il “supporto” include una qualsiasi, o una combinazione, delle seguenti condizioni: la fornitura di una consulenza legale, economica e abitativa; la facilitazione all'accesso e all'utilizzo delle risorse della comunità come case-rifugio, case di accoglienza, o sistemazioni di emergenza; interventi psicologici e consulenza sul piano della sicurezza personale, come specificato nella Raccomandazione 1, p. 13.

Supporto di primo livello: Esso si riferisce al livello minimo di supporto (soprattutto psicologico) e di convalida della propria esperienza che dovrebbe essere offerto a tutte le donne che a un servizio sanitario (o di altro tipo) rivelano le violenze subite. Condivide molti elementi con quello che è chiamato “pronto soccorso psicologico”, nel contesto di situazioni di emergenza che comprendono esperienze traumatiche.

NOTE

^a Elwyn G et al. *Implementing shared decision making in the NHS*. BMJ 2010, 341: c5146.

^b I criteri sono elencati in JMG Wilson, Jungner G. *Principles and Practice of Screening for Disease*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1968. (http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf). I criteri di selezione per il Regno Unito sono elencati in [# fileid9287](http://www.screening.nhs.uk/criteria).

Terapia cognitivo-comportamentale (CBT): La CBT si basa sul concetto che i pensieri, piuttosto che i fattori esterni, come le persone o gli eventi, siano ciò che determina i sentimenti e i comportamenti di ognuno. Le persone possono avere pensieri irrealistici o distorti, che, se non controllati, possono condurre a un comportamento disfunzionale. La CBT tipicamente comprende una componente cognitiva (che aiuta la persona a sviluppare la capacità di individuare e affrontare in maniera critica pensieri irrealistici negativi), così come una componente comportamentale. La CBT varia a seconda degli specifici problemi di salute mentale.

Terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma: Interventi cognitivo-comportamentali che rivolgono una particolare attenzione all'evento traumatico (ad esempio attraverso trattamenti di esposizione immaginata o dal vivo e/o con un mettere apertamente in discussione) dei pensieri disadattivi legati all'evento e alle sue conseguenze)^a.

Trauma vicario: Definito come la trasformazione delle esperienze interne dell'operatore sanitario risultanti dal coinvolgimento empatico e/o ripetuto con le vittime di violenza (sessuale) e con le caratteristiche del trauma sofferto dalle vittime (cfr. <http://www.svri.org/trauma.htm>).

Violenza contro le donne: Termine dall'ampio significato, definito dalle Nazioni Unite come "ogni atto di violenza basata sul genere che provoca, o è probabile che provochi, danno o sofferenza fisica, sessuale o psichica alle donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria di libertà, sia in pubblico sia nella vita privata"^b. Esso include le diverse forme della violenza contro le donne e le bambine, come la violenza del partner, la violenza sessuale non perpetrata dal partner, il traffico ai fini della prostituzione, e le pratiche lesive quali la mutilazione genitale femminile.

Violenza da parte di un partner intimo: Comportamento da parte di un partner intimo che causa danno fisico, sessuale o psicologico, compresi atti di aggressione fisica, coercizione sessuale, abusi psicologici e comportamenti di controllo. Questa definizione comprende la violenza

NOTE

^a Questo termine è sinonimo di "*trauma-focused CBT*" (TF-CBT) utilizzata al National Institute for Clinical Evidence Guidelines (NCCMH, 2005) e in revisioni Cochrane (ad esempio Bisson e Andrew 2005). Si noti che nella letteratura sullo stress traumatico, quest'ultimo termine ha anche una definizione più stretta per un protocollo CBT multi-componente molto specifico e ampiamente diffuso per i bambini e gli adolescenti sviluppato da Cohen e colleghi (2000).

^b Nazioni Unite. *Declaration on the elimination of violence against women*. New York, Nazioni Unite, 1993.

sia da parte dell'attuale che da parte di precedenti coniugi e altri partner intimi. Altri termini utilizzati per riferirsi a questo concetto sono violenza del partner, violenza da partner, abuso coniugale, maltrattamenti coniugali. "Dating violence" è di solito il termine utilizzato per fare riferimento alla violenza esercitata nell'ambito di relazioni intime tra i giovani, che possono essere di durata e d'intensità variabile, e che non comportano convivenza.

Violenza sessuale: Qualsiasi atto sessuale, tentativo di ottenere un rapporto sessuale, richieste o commenti sessuali indesiderati, atti diretti alla tratta (a fini di prostituzione), o atti altrimenti diretti contro la sessualità di una persona, usando la coercizione, da parte di qualsiasi persona, a prescindere dal suo rapporto con la vittima¹, in qualsiasi contesto, tra cui, la casa e il lavoro^a (anche se non è limitato a tali contesti).

NOTE

^a Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, Sexual violence, in Krug E et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

¹ Nota dei curatori dell'edizione italiana: per non appesantire il testo, abbiamo tradotto il termine 'survivor' impiegato nella versione inglese originale del documento con il termine 'vittima', più usuale nel contesto italiano.

SOMMARIO

Introduzione

Le donne che hanno subito violenze spesso cercano assistenza sanitaria, anche per le stesse lesioni, anche se non rivelano l'abuso o la violenza associati. Un operatore sanitario è probabilmente il primo professionista che viene a contatto con le vittime di violenza del partner o di aggressione sessuale, e le statistiche mostrano che le donne abusate fanno riferimento ai servizi di assistenza sanitaria con maggiore frequenza rispetto alle donne non abusate. Esse inoltre identificano gli operatori sanitari come i professionisti di cui si fiderebbero maggiormente per rivelare l'abuso.

Queste linee-guida mirano a fornire un riferimento, basato su evidenze scientifiche, per gli operatori sanitari su come rispondere adeguatamente alla violenza da un partner intimo e alla violenza sessuale contro le donne, compresi gli interventi clinici e di supporto emotivo. Esse cercano anche di sensibilizzare gli operatori sanitari e i responsabili politici circa la violenza contro le donne, perché meglio comprendano la necessità di un'adeguata risposta dal punto di vista sanitario a tale violenza.

Queste linee-guida si basano sulla revisione sistematica delle evidenze scientifiche in materia di identificazione e assistenza clinica per le vittime di violenza del partner e aggressione sessuale, di formazione degli operatori circa la violenza da partner e sessuale contro le donne, nonché per quanto concerne le politiche sanitarie e la pianificazione dell'assistenza e della segnalazione obbligatoria dei casi di violenza del partner. Esse forniscono degli standard che possono servire da base per definire le direttive nazionali e per integrare questi argomenti nella formazione degli operatori sanitari, oltre che a contribuire a far sì che questi ultimi siano meglio informati circa l'assistenza da fornire alle donne che subiscono violenza sessuale e domestica.

Sebbene anche gli uomini possano essere vittime di violenza da una partner e di aggressione sessuale, queste linee-guida si concentrano sulle donne, perché queste sperimentano in misura maggiore la violenza

sessuale, la violenza fisica di maggior gravità e il controllo coercitivo da parte del partner maschile. Tuttavia, gran parte delle raccomandazioni qui proposte sarà rilevante anche per quanto riguarda la violenza contro le donne perpetrata da parte di familiari diversi dal partner e potrebbero, quindi, essere rilevanti anche per gli uomini maltrattati. Alcune delle indicazioni saranno utili anche per la violenza sessuale perpetrata sugli uomini.

Destinatari

Queste linee-guida sono rivolte agli operatori sanitari perché essi sono in una posizione unica per rispondere ai bisogni psicosociali e sanitari delle donne che hanno subito violenza.

Gli operatori sanitari sono in grado di fornire assistenza facilitando la comunicazione (dell'abuso), offrendo supporto e punti di riferimento, fornendo servizi medici appropriati e un'assistenza continuativa, o raccogliendo le prove dal punto di vista giudiziario, in particolare nei casi di violenza sessuale.

Queste linee-guida offrono agli operatori una guida, basata su evidenze scientifiche, per fornire un'assistenza appropriata alle donne vittime di violenza del partner e sessuale, compresi gli interventi clinici e di sostegno emotivo. Esse cercano, inoltre, di rendere gli operatori sanitari e i responsabili politici più consapevoli rispetto alla violenza contro le donne, al fine di favorire delle risposte sanitarie scientificamente informate, e migliorare lo sviluppo di competenze negli operatori sanitari e in altri membri di gruppi multidisciplinari. Esse dovrebbero anche risultare utili ai responsabili per lo sviluppo di programmi di formazione in campo medico, infermieristico e di sanità pubblica.

Le linee-guida includono anche delle raccomandazioni relative all' "erogazione e alla pianificazione dei servizi" rivolte ai responsabili per lo sviluppo, il finanziamento e l'attuazione di programmi per affrontare la violenza contro le donne. Il livello di risorse disponibili, inclusi altri servizi di supporto, dovrà essere preso in considerazione in sede di attuazione delle raccomandazioni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) collaborerà con i ministeri della sanità, le organizzazioni non governative (NGO) e le agenzie delle Nazioni Unite per diffondere queste linee-guida e sostenere il loro adattamento e la loro applicazione negli Stati membri.

Metodi per lo sviluppo delle linee-guida

Il processo utilizzato per lo sviluppo di queste linee-guida, descritto

nel *WHO handbook for guideline development* dell'OMS^a, ha compreso: (i) l'identificazione delle questioni connesse alla pratica clinica e alle procedure sanitarie, (ii) il recupero di evidenze scientifiche aggiornate, (iii) la valutazione e la sintesi delle evidenze scientifiche, (iv) la formulazione di raccomandazioni con i suggerimenti forniti da una vasta gamma di partecipanti e (v) la formulazione di programmi di divulgazione, applicazione e aggiornamento.

Le evidenze scientifiche a supporto delle raccomandazioni sono state sintetizzate utilizzando la metodologia per gli interventi clinici “*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*” (GRADE). Per ogni quesito critico preselezionato, sono stati preparati dei profili di evidenze provenienti da revisioni sistematiche esistenti o commissionate. Per le questioni di politica ed erogazione dell'assistenza sanitaria, le evidenze sono state riassunte specificando i punti di forza e di debolezza dei diversi approcci identificati.

Il “Guideline Development Group” (GDG) ha coinvolto accademici, medici, operatori sanitari e coloro che hanno maggiore influenza nella formulazione di linee guida (policy maker), impegnati nel campo della salute e della violenza contro le donne in paesi a basso e medio reddito, così come persone impegnate nel campo della salute e dei diritti delle donne, garantendo in questo modo che fossero rappresentate le opinioni di una vasta gamma di utenti.

Le raccomandazioni sono state sviluppate dall'OMS in collaborazione con il GDG, durante un meeting svoltosi nella sede dell'OMS a Ginevra tra il 12 e il 14 Settembre 2011. Le raccomandazioni tengono conto delle evidenze scientifiche, nonché di considerazioni relative al rapporto rischi/benefici, alle preferenze delle donne, ai loro diritti umani e alle implicazioni economiche in paesi e comunità diversi di tutto il mondo. Laddove c'era la necessità di fornire dei riferimenti, ma non vi erano evidenze scientifiche pertinenti, le raccomandazioni sono state concordate basandosi sull'esperienza del GDG.

Per gli interventi clinici, la qualità delle evidenze scientifiche è stata classificata come “molto bassa”, “bassa”, “moderata” o “alta”, utilizzando la metodologia GRADE.

Per alcune raccomandazioni ci si è basati su linee-guida già esistenti, ed è stata valutata la qualità delle evidenze di queste ultime. Laddove le linee-guida esistenti fornivano solo evidenze indirette, in altre parole non direttamente applicabili alle popolazioni e ai contesti considerati, la qualità delle evidenze è stata considerata di conseguenza.

Le raccomandazioni in materia di politica sanitaria, di erogazione dei servizi, e di segnalazione obbligatoria sono state sviluppate nell'ottica

NOTA

^a *WHO handbook for guideline development*. Geneva, World Health Organization, 2010.

di indicare le migliori procedure possibili o di difendere i diritti umani. Per tali raccomandazioni, abbiamo anche sistematicamente ricercato la letteratura rilevante e l'abbiamo qualitativamente sintetizzata, ma senza utilizzare la metodologia GRADE per valutarne l'evidenza scientifica e le migliori pratiche.

Quando non è stata identificata alcuna evidenza scientifica per una raccomandazione di tipo clinico o di politica sanitaria, ciò è stato indicato nella sintesi delle evidenze scientifiche.

Le raccomandazioni sono state considerate come forti o relative sulla base della generalizzabilità dei benefici conseguibili in diversi contesti, e sulla base delle esigenze e preferenze delle donne nell'accesso ai servizi, nonché tenendo in considerazione il livello di risorse umane e di altro tipo che si renderebbe necessario al fine di metterle in pratica.

Al fine di garantire che ogni raccomandazione possa essere compresa e utilizzata conformemente al suo significato stabilito, il GDG ha messo a disposizione ulteriori chiarimenti, che sono segnalati al di sotto della raccomandazioni sotto forma di osservazioni.

Sono stati anche considerati, per aiutare a chiarificare il lessico delle raccomandazioni, i suggerimenti dei colleghi revisori e di molteplici soggetti interessati, compresi i colleghi che lavorano direttamente a contatto con le donne vittime di violenza. Sono state infine identificate importanti lacune nelle nostre conoscenze che devono essere affrontate sviluppando la ricerca, e che hanno consentito di elaborare un elenco di quesiti scientifici su cui occorre far luce.

Sommaro delle raccomandazioni

Raccomandazioni		Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
1	Per un'assistenza centrata sulla donna		
1	<p>Alle donne che rivelano qualsiasi forma di violenza da parte di un partner intimo (o altro membro della famiglia), o di aggressione sessuale da parte di qualsiasi persona, dovrebbe essere offerto un supporto immediato^a.</p> <p>Gli operatori sanitari dovrebbero, come minimo, offrire un supporto di primo livello allorché le donne rivelano di aver subito violenza. Il supporto di primo livello include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • essere non giudicanti, ma supportivi e validanti rispetto a ciò che la donna dice; • fornire assistenza pratica e supporto che risponda alle sue preoccupazioni, ma senza avere un comportamento intrusivo; • chiederle di raccontare la sua storia di violenza, ascoltando con attenzione, ma senza fare pressioni affinché parli (fare attenzione nel discutere di temi delicati/sensibili in presenza di un interprete); • agevolare l'accesso alle informazioni sulle risorse disponibili, compresi i servizi legali e di altro tipo, che la donna potrebbe ritenere utili; • assisterla al fine di aumentare la sicurezza per sé e per i propri figli, quando necessario; • fornire o mobilitare il sostegno sociale. <p>I servizi devono garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • che la consultazione sia condotta in privato; • che vi sia riservatezza, pur informando le donne dei limiti di tale riservatezza (ad esempio quando vi è un obbligo di segnalazione). <p>Se gli operatori sanitari non sono in grado di fornire il supporto di primo livello, essi dovrebbero far sì che qualcun altro (all'interno dello stesso setting sanitario o in un altro che sia facilmente accessibile) sia immediatamente disponibile a farlo.</p>	Evidenze indirette ^b	Forte

NOTE

^a Questa raccomandazione è adattata da *Psychological first aid. Geneva*, World Health Organization, 2011, dedicata a individui in contesti di calamità o di crisi che coinvolgono la comunità (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

^b La forza delle prove è etichettata come "Evidenze indirette" quando nessuna prova diretta è stata identificata per tale popolazione e la raccomandazione è quindi basata sulle evidenze estrapolate da un'altra popolazione più pertinente.

14 Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne

	Raccomandazioni	Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
2	Identificazione e assistenza per le donne vittime di violenza del partner		
2.1	IDENTIFICAZIONE DELLA VIOLENZA DEL PARTNER		
2	Lo “screening universale” o l’”indagine di routine” (ovvero il fare domande circa le eventuali violenze a tutte le donne che vengono in contatto con i servizi sanitari) non dovrebbero essere effettuati.	Bassa-moderata	Relativa
3	Gli operatori sanitari dovrebbero indagare l’eventuale esposizione alla violenza da partner nel valutare quelle condizioni che possono essere causate o complicate da tale violenza (cfr. Riquadro 1: “Esempi di condizioni cliniche associate alla violenza da partner”, p. 44), al fine di migliorare la diagnosi/identificazione e la successiva assistenza alle vittime (cfr. Raccomandazione 30).	Evidenze indirette	Forte
4	Informazioni scritte sulla violenza da partner dovrebbero essere disponibili presso le strutture sanitarie sotto forma di manifesti, opuscoli o volantini messi a disposizione in aree private, come ad esempio i servizi igienici per le donne (con le opportune avvertenze riguardo al portare questi materiali a casa, qualora sia presente un partner violento).	Non è stata identificata alcuna evidenza rilevante	Relativa
2.2	ASSISTENZA PER LE VITTIME DI VIOLENZA DEL PARTNER		
5	Le donne con una diagnosi di disturbo mentale preesistente o correlato alla violenza da partner (come un disturbo depressivo o un disturbo da uso di alcol) che sono vittime di violenza da partner dovrebbero ricevere assistenza nel campo della salute mentale per il loro disturbo (in conformità con la guida dell’OMS <i>WHO Mental Health Gap Action Programme –mhGAP-</i> , 2010) ^a , da parte di professionisti dotati di una buona conoscenza del tema relativo alla violenza contro le donne.	Evidenze indirette ^b , variabile (a seconda degli interventi, cfr: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)	Forte

NOTE

^a *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf).

^b La forza delle prove è etichettata come “Evidenze indirette” quando nessuna prova diretta è stata identificata per tale popolazione e la raccomandazione è quindi basata sulle evidenze estrapolate da un’altra popolazione più pertinente.

	Raccomandazioni	Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
6	Gli interventi di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) ^a , condotti da operatori sanitari con una buona conoscenza della violenza contro le donne, sono raccomandati per le donne che non sono più vittime di violenza, ma soffrono di disturbo da stress post-traumatico (PTSD).	Bassa-moderata	Forte
7	Alle donne che hanno trascorso almeno una notte in una casa rifugio, una casa protetta o una casa di accoglienza dovrebbe essere offerto un programma strutturato di supporto, advocacy e/o empowerment ^a .	Bassa	Relativa
8	Alle donne incinte che rivelano violenza da partner dovrebbe essere offerto un periodo breve-medio di counselling per l'empowerment (fino a 12 sessioni) e advocacy/sostegno, inclusa una parte relativa alla sicurezza personale, erogato da operatori qualificati, laddove i sistemi sanitari sono in grado di supportare un intervento del genere. In che misura tali interventi siano applicabili in setting diversi dai servizi per le cure prenatali, o siano fattibili in paesi a medio e basso reddito, è incerto.	Bassa	Relativa
9	Ai bambini esposti a violenza da partner dovrebbe essere offerto un intervento psicoterapeutico, con sessioni che comprendano incontri sia in presenza sia in assenza delle loro madri, sebbene non sia chiaro in che misura questo si possa applicare in contesti a basso-medio reddito.	Bassa	Relativa

NOTA

^a Cfr. Glossario.

Raccomandazioni		Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
3	Assistenza clinica per le vittime di aggressione sessuale		
3.1	INTERVENTI NEI PRIMI 5 GIORNI SUCCESSIVI ALL'AGGRESSIONE		
3.1.1	Supporto di primo livello		
10	<p>Offrire un supporto di primo livello alle donne vittime di aggressione sessuale da parte di qualsiasi persona (cfr. anche la Raccomandazione 1), che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fornire un'assistenza pratica e un supporto, che rispondano alle preoccupazioni della donna, ma che non interferiscano sulla sua autonomia; • ascoltare senza insistere perché risponda e fornisca informazioni; • offrire conforto e contribuire ad alleviare o ridurre l'ansia della vittima; • offrire informazioni e aiutare la donna a mettersi in contatto con i servizi e con altre forme di sostegno sociale. 	Evidenze indirette ^a	Forte
11	<p>Raccogliere una storia completa, registrando gli eventi occorsi in modo da poter determinare quali sono gli interventi più appropriati, e condurre un esame fisico completo (dalla testa ai piedi, inclusa l'area genitale)^b. Il resoconto dovrebbe includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il tempo trascorso dalla violenza e il tipo di aggressione; • il rischio di gravidanza; • il rischio di HIV e di altre infezioni a trasmissione sessuale (STI); • lo stato di salute mentale. 	Evidenze indirette	Forte
3.1.2	Contracezione d'emergenza		
12	Offrire una contraccezione d'emergenza alle vittime di aggressione sessuale che si presentano entro 5 giorni dalla violenza, idealmente il più presto possibile dopo l'aggressione, al fine di massimizzare l'efficacia del trattamento.	Moderata	Forte

NOTE

^a Questa raccomandazione è adattata da *Psychological first aid*. Geneva, World Health Organization, 2011, dedicata a individui in contesti di calamità o di crisi che coinvolgono la comunità (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

^b Cfr. *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. Ginevra, World Health Organization, 2003; *Clinical management of rape survivors*. Ginevra, WHO/Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2004 and *E-learning programme on Clinical management of rape survivors*. Geneva, WHO/UNHCR/United Nations Population Fund (UNFPA), 2009.

	Raccomandazioni	Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
13	<p>Il personale sanitario dovrebbe offrire il levonorgestrel, se disponibile. È raccomandata una singola dose da 1,5 mg, poiché è efficace quanto due dosi da 0,75 mg somministrate a distanza di 12-24 ore.</p> <p>Se il levonorgestrel non è disponibile, può essere proposto un farmaco estroprogestinico combinato, insieme ad antiemetici se disponibili.</p> <p>Se la contraccezione orale di emergenza non è disponibile, e ne è stata accertata la fattibilità, è possibile offrire dispositivi intrauterini al rame (IUD) alle donne che vogliono prevenire un'eventuale gravidanza. Tenendo in considerazione il rischio di STI, l'IUD può essere inserito fino a 5 giorni dopo l'aggressione sessuale, per le donne che risultano idonee dal punto di vista medico (cfr. <i>WHO medical eligibility criteria</i>, 2010)^a.</p>	Moderata	Forte
14	<p>Se una donna si presenta dopo il tempo limite per la contraccezione d'emergenza (5 giorni), la contraccezione d'emergenza fallisce, o la donna è incinta a seguito dello stupro, le dovrebbe essere proposta un'interruzione volontaria di gravidanza, in conformità con le normative nazionali.</p>	Non è stata identificata alcuna evidenza rilevante	Forte
3.1.3	Profilassi post-esposizione ad HIV		
15	<p>Prendere in considerazione la possibilità di offrire una profilassi post-esposizione (PEP) per l'HIV alle donne che si presentano entro 72 ore da un'aggressione sessuale. Utilizzare un processo decisionale condiviso^b con la donna per determinare se la PEP per l'HIV è appropriata.</p>	Evidenze indirette (cfr. <i>Joint International Labour Organization (ILO)/WHO guidelines</i> 2008) ^c	Forte

NOTE

^a *WHO medical eligibility criteria*. Ginevra, World Health Organization, 2010.

^b Cfr. Glossario.

^c *Joint ILO/WHO guidelines on post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 2008.

	Raccomandazioni	Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
16	<p>Discutere il rischio di HIV per valutare l'uso della PEP con la vittima, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevalenza dell'infezione da HIV nella zona geografica in cui è avvenuta l'aggressione; • limitazioni connesse alla PEP^b; • caratteristiche dell'aggressore (anche rispetto all'HIV), se noto; • caratteristiche dell'aggressione, tra cui il numero di aggressori; • effetti collaterali dei farmaci antiretrovirali usati per la PEP; • probabilità di trasmissione del virus HIV. 	Evidenze indirette ^a	Forte
17	<p>Se la PEP per l'HIV viene utilizzata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avviare il trattamento appena possibile ed entro 72 ore dall'aggressione; - al primo contatto, eseguire un test HIV e fornire un servizio di consulenza; - garantire alla paziente un follow-up a intervalli regolari; - regimi a due farmaci (con un dosaggio combinato fisso) sono generalmente da preferire rispetto ai regimi a tre farmaci, dando priorità ai farmaci con minori effetti collaterali; - la scelta del farmaco e dei regimi farmacologici dovrebbe seguire le indicazioni nazionali. 	Evidenze indirette ^c	Forte
18	Un servizio di counselling rispetto all'aderenza al trattamento dovrebbe essere un elemento importante quando si propone la PEP per l'HIV.	Molto bassa	Forte
3.1.4 Profilassi post-esposizione per le infezioni a trasmissione sessuale			
19	<p>Alle donne vittime di aggressione sessuale dovrebbe essere offerta una profilassi per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • clamidia; • gonorrea; • trichomonas; • sifilide, a seconda della prevalenza. <p>La scelta del farmaco e dei regimi farmacologici dovrebbe seguire le indicazioni nazionali.</p>	Bassa-molto bassa, basata su evidenze indirette	Forte

NOTE

^a ILO/WHO guidelines on post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2008.

^b In due studi di coorte di HIV PEP, il tasso di siero-conversione variava dallo 0% al 3,7%.

^c ILO/WHO guidelines on post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2008.

	Raccomandazioni	Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
20	L'immunoprofilassi passiva per l'epatite B, senza immunoglobuline, dovrebbe essere proposta in accordo con le indicazioni nazionali. <ul style="list-style-type: none"> • Fare un prelievo ematico per verificare lo status di epatite B prima di somministrare la prima dose di vaccino; • Se il soggetto risulta immune, non è richiesto alcun ulteriore ciclo di vaccinazione. 	Molto bassa, basata su evidenze indirette	Forte
3.2	INTERVENTI PSICOLOGICI/DI SALUTE MENTALE		
3.2.1	Interventi da condurre nei primi giorni successivi all'aggressione		
21	Offrire supporto e assistenza così come descritto nella Raccomandazione 10	Evidenze indirette ^a	Forte
22	Fornire informazioni scritte sulle strategie di coping utili per affrontare stati di grave stress (con le opportune avvertenze circa il portare a casa materiale stampato, qualora vi sia presente un partner violento).	Non è stata identificata alcuna evidenza rilevante	Forte
23	Il debriefing psicologico non dovrebbe essere utilizzato.	Molto bassa-bassa ^a	Forte
3.2.2	Interventi fino a 3 mesi dal trauma		
24	Continuare a offrire supporto e assistenza così come descritto nella Raccomandazione 10.	Evidenze indirette ^b	Forte
25	A meno che la persona sia depressa, presenti problemi relativi all'uso di alcol o sostanze, esibisca sintomi psicotici, condotte suicidarie o autolesive, o abbia difficoltà di funzionamento nelle attività quotidiane, si osservi un atteggiamento di "vigile attesa" per 1-3 mesi dopo l'episodio. Una vigile attesa implica che si spieghi alla donna che è probabile che migliorerà con il passare del tempo, offrendole la possibilità di tornare per un ulteriore supporto, fissandole regolari appuntamenti di follow-up.		

NOTE

^a Questa raccomandazione è adattata da *Psychological first aid*. Geneva, World Health Organization, 2011, dedicata a individui in contesti di calamità o di crisi che coinvolgono la comunità (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

^b Questa raccomandazione è adattata da *Psychological first aid*. Geneva, World Health Organization, 2011, dedicata a individui in contesti di calamità o di crisi che coinvolgono la comunità (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

	Raccomandazioni	Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
26	Se la persona è fortemente menomata da sintomi conseguenti allo stupro (vale a dire che non riesce a funzionare nelle attività quotidiane), occorre effettuare un intervento di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR), da parte di un operatore sanitario che abbia un'adeguata formazione sul tema della violenza sessuale.	Bassa-moderata	Forte
27	Se la persona ha altri problemi di salute mentale (sintomi di depressione, problemi correlati all'uso di sostanze o alcol, condotte suicidarie o autolesive), fornire assistenza in conformità con la <i>WHO mhGAP intervention guide</i> , 2010 ^a .	Evidenze indirette, variabili (a seconda degli interventi, cfr: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)	Forte
3.2.3 Interventi dopo 3 mesi dal trauma			
28	Valutare se vi sono problematiche di salute mentale (sintomi da stress acuto/PTSD, depressione, problemi di uso di alcol e sostanze e condotte suicidarie o autolesive) e trattare la depressione, i problemi da uso di alcol e altri disturbi di salute mentale utilizzando la <i>WHO mhGAP intervention guide</i> , 2010 ^a che include i protocolli clinici evidence-based dell'OMS per i problemi di salute mentale.	Evidenze indirette, variabili (a seconda degli interventi, cfr: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)	Forte
29	Se è stato accertato che la donna soffre di un disturbo da stress post-traumatico (PTSD), occorre pianificare un trattamento per il PTSD attraverso una terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR).	Bassa-moderata	Forte

NOTA

^a *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf).

Raccomandazioni		Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
4	Formazione degli operatori sanitari sulla violenza da partner e sessuale		
30	Agli operatori sanitari (in particolare medici, infermieri e ostetriche) dovrebbe essere fornita una formazione durante il corso degli studi circa il supporto di primo livello da garantire alle donne che hanno subito violenza da partner e sessuale (cfr. Raccomandazione 1).	Molto bassa	Forte
31	<p>Il personale sanitario che offre assistenza alle donne dovrebbe ricevere una formazione all'interno del servizio sulla violenza contro le donne, garantendo che questa formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sia in grado di fornire un supporto di primo livello (cfr. Raccomandazioni 1 e 10); - insegni delle abilità adeguate, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> • quando e come chiedere informazioni rispetto alla violenza; • il modo migliore per rispondere ai bisogni delle donne (fare riferimento alle Sezioni 2, "Identificazione e assistenza delle donne vittime di violenza del partner", e 3, "Assistenza clinica per vittime di violenza sessuale"); • come condurre la raccolta di prove medico-legali, se appropriato^a; - affronti: <ul style="list-style-type: none"> • le conoscenze di base sulla violenza, comprese le leggi che sono rilevanti per le vittime di violenza da partner e sessuale; • la conoscenza dei servizi esistenti che possono offrire sostegno alle vittime di violenza da partner e sessuale (eventualmente attraverso un elenco dei servizi territoriali); • gli atteggiamenti inappropriati tra gli operatori sanitari (ad esempio, incolpare le donne per la violenza subita, aspettarsi che se ne vadano immediatamente ecc.), così come le loro proprie esperienze di violenza sessuale e domestica. 	Bassa-moderata	Forte

NOTA

^a Cfr. *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. Geneva, World Health Organization, 2003; *Clinical management of rape survivors*. Geneva, WHO/UNHCR, 2004; e *E-learning programme on Clinical management of rape survivors*. Geneva, WHO/UNHCR/ UNFPA, 2009.

	Raccomandazioni	Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
32	La formazione degli operatori sanitari sulla violenza da partner e sessuale dovrebbe includere diversi aspetti della risposta da fornire a tali violenze (ad esempio, l'identificazione della violenza, la valutazione del rischio e la programmazione di un piano di sicurezza, la comunicazione e le abilità cliniche, la documentazione e l'indicazione di ulteriori servizi cui poter fare riferimento).	Bassa	Forte
33	La formazione sulla violenza da partner e quella sulla violenza sessuale dovrebbero essere integrate nello stesso programma, data la sovrapposizione tra i due ambiti e le limitate risorse disponibili per la formazione degli operatori sanitari su questi temi.	Non è stata identificata alcuna evidenza rilevante	Forte
5	Politica sanitaria ed erogazione dei servizi sanitari^a		
34	L'assistenza alle donne che subiscono violenza da partner e sessuale dovrebbe, per quanto possibile, essere integrata nei servizi sanitari esistenti, piuttosto che rappresentare un servizio a sé stante (cfr. il livello minimo di requisiti, Riquadro 3, p. 91).	Molto bassa	Forte
35	Un paese ha bisogno di più modelli di assistenza per le vittime di violenza del partner e sessuale, adeguata ai diversi livelli del sistema sanitario. Tuttavia, la priorità dovrebbe essere data alla formazione e all'offerta di servizi a livello di assistenza primaria.	Molto bassa	Forte
36	Un operatore sanitario (infermiere, medico o equivalente) che è addestrato alle cure agli esami <i>gender-sensitive</i> in caso di sessuale dovrebbe essere disponibile a tutte le ore del giorno e della notte (all'interno del servizio o su chiamata) a livello distrettuale o di zona.	Molto bassa	Subordinata

NOTA

^a Il dato esistente è stato rivisto, ma la metodologia GRADE non è stata utilizzata, a causa di dati ampiamente descrittivi e qualitativi.

Raccomandazioni		Qualità delle evidenze scientifiche	Forza della Raccomandazione
6.	Obbligo di segnalazione della violenza del partner^a		
37	La segnalazione obbligatoria dei casi di violenza da partner alla polizia, da parte del servizio sanitario, non è raccomandata. Tuttavia, gli operatori sanitari dovrebbero offrirsi di segnalare l'accaduto alle autorità competenti (tra cui la polizia) se la donna intende farlo ed è consapevole dei propri diritti.	Molto bassa	Forte
38	Il maltrattamento di minori e le aggressioni che mettono a rischio la vita devono essere segnalati alle autorità competenti dal servizio sanitario laddove vi è obbligo di legge in tal senso.	Molto bassa	Forte

NOTA

^a Il dato esistente è stato rivisto, ma la metodologia GRADE non è stata utilizzata, a causa di dati ampiamente descrittivi e qualitativi.

STATO DELL'ARTE

La violenza contro le donne^a è una preoccupazione centrale nell'ambito della sanità pubblica e dei diritti umani, e tra le sue forme più pervasive vi sono la violenza di un partner intimo e la violenza sessuale. Varie ricerche, inizialmente condotte in Nord America e in Europa, ma attualmente in aumento anche in altre regioni, hanno dimostrato l'elevata prevalenza della violenza contro le donne a livello globale e i suoi effetti negativi sulla salute fisica e mentale, sia a breve sia a lungo termine (Campbell 2004; García-Moreno et al. 2005; Ellsberg et al. 2008; Bott et al. 2012). I servizi sanitari frequentemente, e spesso inconsapevolmente, entrano in contatto con donne vittime di violenza, poiché le donne vittime di abusi fanno largo uso di risorse sanitarie (Ansara e Hindin 2010; Black 2011). Gli operatori sanitari sono quindi in una posizione unica per creare un ambiente sicuro e confidenziale al fine di favorire il racconto della violenza subita, offrendo supporto e appropriato invio ad altre risorse e servizi.

Come specificato nel rapporto dell'OMS *WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women* (García-Moreno et al. 2005), le statistiche mondiali dimostrano che:

- tra il 13% e il 61% delle donne tra i 15 e i 49 anni riferisce che un partner ha fisicamente abusato di loro almeno una volta nella vita;
- tra il 6% e il 59% delle donne riferisce di aver subito un rapporto sessuale forzato, o un tentativo di stupro, da parte di un partner nel corso della vita;
- dall'1% al 28% delle donne afferma di essere stata fisicamente abusata da un partner durante la gravidanza.

Tuttavia, anche se la violenza contro le donne è stata accettata come punto critico per la sanità pubblica e l'assistenza sanitaria, essa è ancora esclusa dalle politiche sanitarie di molti paesi.

NOTA

^a“Donne” qui è utilizzato includendo anche le ragazze giovani.

Il ruolo fondamentale che il sistema sanitario e gli operatori sanitari possono svolgere in termini di identificazione, valutazione, trattamento, intervento di crisi, documentazione, invio e follow-up, è poco compreso o accettato nell'ambito dei programmi sanitari nazionali e delle politiche dei vari paesi. Gli operatori sanitari tendono a considerare la violenza contro le donne come un problema di giustizia penale, e in particolare la violenza da parte partner come un problema domestico. Essi sono anche mal preparati ad affrontare la questione, in quanto la formazione medica e infermieristica in molti paesi non affronta questo tema.

Affinché gli operatori sanitari svolgano il proprio ruolo mitigando gli effetti della violenza e si prendano pienamente le loro responsabilità, è necessario sensibilizzarli nei confronti del problema e fornire loro le informazioni e gli strumenti necessari per rispondere con sensibilità e in modo efficace ai bisogni delle vittime: queste linee-guida rappresentano un primo passo in questa direzione.

Ricerche concernenti le relazioni tra la violenza del partner, lo stato di salute e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle donne hanno dimostrato che le donne che hanno subito violenza hanno più probabilità delle donne non abusate di cercare assistenza sanitaria (Ansara e Hindin 2010; Black 2011), anche se non rivelano la violenza subita.

Un operatore sanitario è spesso il primo contatto per le vittime di violenza del partner e sessuale, e le donne che hanno vissuto una violenza identificano gli operatori sanitari come i professionisti di cui si fiderebbero maggiormente a rivelare l'abuso (Feder et al. 2006).

Indipendentemente dalle circostanze, gli operatori sanitari che entrano in contatto con donne che stanno sperimentando violenza devono essere in grado di riconoscerne i segni, e rispondere a questo problema in modo adeguato e sicuro. Gli individui che sono stati esposti alla violenza richiedono servizi sanitari completi, *gender-sensitive*, che affrontino le conseguenze per la salute fisica e mentale di tale esperienza e aiutino a superare l'evento traumatico. Può anche rendersi necessario un intervento di crisi (cfr. Glossario) immediato per prevenire ulteriori danni, sebbene il più delle volte sia necessaria una risposta di supporto. Oltre a fornire un'assistenza sanitaria immediata, il settore sanitario è potenzialmente un punto d'accesso cruciale (attraverso percorsi di invio) per i servizi specifici per la violenza contro le donne (laddove questi esistono), o ad altri servizi che la donna può richiedere in un momento successivo, come ad esempio l'assistenza sociale e legale.

La documentazione circa le lesioni, i referti medici e altri problemi derivanti dalla violenza possono essere utilizzati come prova in tribunale dalla donna abusata, qualora dovesse scegliere di intraprendere un'azione legale. Oltre ad affrontare le conseguenze per la salute della violenza, gli operatori sanitari sono anche in una posizione favorevole per raccogliere e documentare le prove necessarie

per meglio dettagliare le circostanze degli abusi segnalati e per aiutare a identificare l'aggressore. Queste prove sono spesso cruciali per l'azione penale nei casi di violenza, anche se queste linee-guida non discutono di come condurre un esame forense completo. (Per ulteriori informazioni sull'argomento, cfr. World Health Organization [WHO] *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence* [WHO 2003], WHO/Office of the United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR] *Clinical management of rape survivors* [WHO/UNHCR 2004] e WHO/UNHCR/United Nations Population Fund [UNFPA] *E-learning programme on clinical management of rape survivors* 2009).

Gli Stati membri dell'OMS hanno richiesto indicazioni più chiare su cosa costituisca una risposta opportuna dei servizi sanitari alla violenza contro le donne. Così, queste linee-guida si concentrano sulla violenza da partner intimo e sulla violenza sessuale contro le donne e presentano ai servizi sanitari una guida evidence-based sul miglior modo per riconoscere e rispondere ai bisogni delle donne che riferiscono di subire violenze. Le linee-guida inoltre, per la prima volta, forniscono indicazioni sulla formazione all'interno dei servizi circa la violenza da partner e sessuale contro le donne, per operatori sanitari e altri membri di équipe multidisciplinari. Sebbene queste linee-guida si concentrino sulla risposta del settore sanitario, va sottolineato che una risposta adeguata alla violenza contro le donne richiede una collaborazione multisettoriale.

Le linee-guida forniscono anche una guida per coloro che sono responsabili della pianificazione, del finanziamento e del funzionamento dei servizi sanitari e della formazione professionale all'interno dei ministeri della salute, così come per coloro che hanno maggiore influenza nella formulazione di linee guida per programmi formativi per medici, personale infermieristico e operatori di sanità pubblica. È la prima volta che l'OMS fornisce indicazioni in questo ambito e questi responsabili politici sono nella posizione giusta per assicurare non solo che i diversi servizi per le donne che subiscono violenze siano dispensati in modo coordinato e siano adeguatamente finanziati, ma anche che al problema venga data un'adeguata priorità negli attinenti programmi di formazione. Le linee-guida possono essere utilizzate anche come punto di partenza per la progettazione di un sistema di assistenza sanitaria adeguata per le autorità nazionali, regionali e locali, e per orientare il contenuto dei programmi formativi in relazione all'erogazione di servizi per le donne che subiscono violenze.

Queste linee-guida sono state sviluppate con particolare riferimento agli operatori sanitari che lavorano in ambienti dove potrebbero esservi delle restrizioni circa la possibilità di fornire servizi sanitari completi. Queste linee-guida dovranno quindi essere adattate agli specifici contesti locali e/o nazionali, tenendo conto della disponibilità di risorse,

oltre che delle politiche e delle procedure nazionali.

Anche il livello delle risorse disponibili, inclusi altri servizi di supporto, dovrà essere preso in considerazione nel realizzare le raccomandazioni qui contenute. L'OMS sarà partner, con i ministeri della salute, le organizzazioni non governative (NGO) e le agenzie delle Nazioni Unite per diffondere queste linee-guida, e per sostenere il loro adeguamento e la loro attuazione nei paesi coinvolti.

Obiettivo delle linee-guida

Queste linee-guida si concentrano sulla violenza (fisica, sessuale ed emotiva) da parte di un partner intimo, di solito maschio, e sulla violenza sessuale contro le donne da parte di soggetti di sesso maschile, perché queste sono le più comuni forme di violenza contro le donne che si verificano in tutti i contesti. Le nostre raccomandazioni non trattano le mutilazioni genitali femminili, il traffico delle donne a scopo di prostituzione o altre forme di violenza contro le donne. Allo stesso modo, sebbene anche gli uomini siano vittime di violenza da parte dei partner e di aggressione sessuale, queste linee-guida si concentrano sulle donne, perché queste sperimentano in misura maggiore la violenza sessuale, la violenza fisica più grave e le forme di controllo coercitivo da parte del partner maschile. Inoltre, abbiamo prove molto limitate sugli interventi per gli uomini (Tjaden e Thoennes 2000; Walby e Allen 2004; AuCoin 2005). Anche se qui l'attenzione è focalizzata sulla violenza contro le donne da parte di partner maschili, gran parte delle raccomandazioni proposte è indicata anche per quanto riguarda la violenza contro le donne perpetrata da parte di familiari diversi dal partner e potrebbero essere rilevanti anche per gli uomini maltrattati. Alcune delle indicazioni saranno utili anche per la violenza sessuale sugli uomini.

Le raccomandazioni rispetto all'assistenza centrata sulla donna (Sezione 1, p. 13) si applicano sia alla violenza da partner sia a quella sessuale, e le raccomandazioni per le vittime di violenza sessuale (Sezione 3, pp. 16-20) sono rilevanti per chi ha subito/subisce violenza sessuale, a prescindere dall'aggressore.

Diritti umani alla base delle linee-guida

La violenza da parte di un partner intimo e la violenza sessuale sono state riconosciute come violazioni dei diritti umani delle donne,

compresi i diritti alla libertà dalla discriminazione^a, alla vita, all'integrità e alla sicurezza della persona^b, e al più elevato livello di salute possibile^c. Lo stupro coniugale, in particolare, è stato riconosciuto come una forma di violenza contro le donne^d e ritenuto contrario al rispetto della dignità umana^e.

Secondo i trattati sui diritti umani firmati dai governi, vi è una responsabilità nel prevenire, indagare e punire tutte le forme di violenza contro le donne^a. Per esempio, gli stati che hanno sottoscritto il Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici sono tenuti a riferire sulle leggi che si rivolgono alla violenza contro le donne e sulle specifiche misure di prevenzione e di risposta. Il Comitato delle Nazioni Unite per i Diritti dell'Uomo richiede specificamente informazioni sulle "misure di protezione, comprese le azioni giudiziarie, per le donne delle quali sono stati violati i diritti dell'Articolo 7 (libertà dalla tortura e da altri trattamenti crudeli, inumani o degradanti)"^f. Assumersi la responsabilità di prevenire, indagare e punire tutte le forme di violenza contro le donne richiede azioni governative specifiche e mirate attraverso il settore sanitario, nonché attraverso altri settori come la giustizia e l'istruzione.

Gli organismi internazionali e regionali sui diritti umani hanno fornito indicazioni sul contributo che gli operatori sanitari possono – e dovrebbero – fornire per garantire la libertà delle donne dalla violenza di genere, oltre a fornire una risposta adeguata quando tale violenza si è verificata. Ad esempio, secondo la Commissione delle Nazioni Unite per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW), gli Stati parti della Convenzione CEDAW dovrebbero garantire le seguenti (e altre) misure:

- assistenza centrata sulla donna, offerta sotto forma di servizi sanitari accettabili – sono tali i servizi che “vengono offerti con modalità che garantiscano che una donna dia il suo pieno consenso informato, che rispettino la sua dignità, che garantiscano la riservatezza e che siano sensibili alle sue esigenze e prospettive”^g;
- politiche, inclusi i protocolli sanitari e le procedure ospedaliere, che affrontano la violenza contro le donne e l'abuso sessuale delle ragazze, e consentono l'erogazione di un'assistenza sanitaria

NOTE

^a CEDAW General Recommendation 19.

^b Protocollo della Carta Africana sui Diritti delle Donne in Africa.

^c CESC General Comment 14, par 10, 21, 35, 36.

^d Protocollo della Carta Africana sui Diritti delle Donne in Africa articolo 4(2)(a).

^e CEDU (1995) Č.R. contro il Regno Unito. Ricorsi nn 20166/92 e 20190/92, ha deciso il 22 novembre 1995. Strasburgo, Corte europea dei diritti dell'uomo, 1995.

^f Human Rights Committee, General Comment 28: *Equality of rights between men and women* (Articolo 3), par 11.

^g CEDAW General Recommendation 24, par 22.

adeguata^a. Le politiche e i servizi sanitari dovrebbero collocare “la prospettiva di genere al centro di tutte le politiche e dei programmi che interessano la salute delle donne e dovrebbero coinvolgere le donne nella pianificazione, attuazione e monitoraggio di tali politiche e programmi, e nella fornitura di servizi sanitari alle donne”; tutti i servizi di assistenza sanitaria dovrebbero essere “coerenti con i diritti umani delle donne, inclusi i diritti di autonomia, privacy, riservatezza, consenso informato e scelta”^b;

- formazione *gender-sensitive* per consentire agli operatori sanitari di individuare e gestire le conseguenze per la salute della violenza di genere^c, assicurando “che i piani formativi degli operatori sanitari includano corsi completi, obbligatori, e *gender-sensitive* sulla salute e i diritti umani delle donne, in particolare per la violenza di genere”^d.

A livello regionale, un buon esempio di guida sui diritti umani nella violenza del partner e sessuale (tra le altre forme di violenza di genere) è il Protocollo della Carta Africana sui Diritti delle Donne in Africa. Il Protocollo impegna gli Stati aderenti ad attuare “misure appropriate per garantire la tutela del diritto di ogni donna al rispetto della sua dignità e la tutela delle donne da tutte le forme di violenza, in particolare dalla violenza sessuale e verbale”, e le misure per combattere tutti gli altri comportamenti, gli atteggiamenti, o le pratiche che influenzano negativamente i fondamentali diritti delle donne e delle ragazze”^e.

NOTE

^a CEDAW General Recommendation 24, par 15.

^b CEDAW General Recommendation 24, par 31, si veda anche CEDAW General Recommendation 19 par 24.

^c CEDAW General Recommendation 24, par 15.

^d CEDAW General Recommendation 24, par 31.

^e Articoli 3 e 5.

METODI

Identificare, valutare e sintetizzare le evidenze scientifiche disponibili

L'obiettivo di queste linee-guida e le argomentazioni in esse contenute sono stati elaborati a partire dai risultati del *Expert meeting on health-sector responses to violence against women*, tenutosi tra il 17 e il 19 Marzo 2009, a Ginevra (WHO 2010a). Un totale di 16 domande PICOT (Popolazione, Intervento, Controllo, Esito e lasso Temporale) è stato sviluppato dal Direttivo dell'Expert Meeting, con il contributo di esperti esterni. Le tematiche discusse sono state esaminate dal "Guideline Development Group" (GDG) e da colleghi revisori, che hanno anche fornito suggerimenti sulla selezione e la valutazione degli esiti da considerare. L'elenco completo delle domande PICOT è disponibile su richiesta. Le evidenze sono state riviste da diversi individui e le strategie sono descritte separatamente su Weblink.

Un elenco delle revisioni e delle tabelle delle evidenze disponibili può essere trovato nella tabella di cui all'Allegato III; la strategia di ricerca, i metodi di valutazione e il controllo della qualità delle evidenze trovate sono forniti in ogni revisione.

Per le raccomandazioni riguardanti gli interventi clinici e la formazione, è stata utilizzata la metodologia GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (Schünemann et al. 2009), come descritto nel *WHO methods handbook* (2010b). Gli studi sono stati selezionati e valutati due volte; le diverse valutazioni sono state poi confrontate e discusse tra i due revisori e, laddove vi era una divergenza, questa è stata risolta da un terzo revisore. Le revisioni sugli interventi nel campo della salute mentale in popolazioni che subiscono violenza da parte del partner o sessuale sono state completate con le evidenze più generali delle linee-guida dell'OMS sulla salute mentale (WHO 2010c) (Raccomandazioni 5, 27 e 28). Nel caso in cui le raccomandazioni cliniche erano basate

su evidenze indirette (in altre parole il dato non era stato ottenuto direttamente dalla popolazione di donne vittime di violenza da partner o sessuale), la valutazione della qualità dell'evidenza è stata classificata di conseguenza. Le prove indirette sono state in gran parte basate su linee-guida esistenti in materia di contraccezione d'emergenza, profilassi per STI e relativi problemi di salute mentale e altre questioni. Qualora non vi fossero evidenze disponibili, le raccomandazioni sono state comunque prodotte in quanto considerate come le pratiche migliori secondo il consenso degli esperti o perché hanno affrontato questioni in tema di diritti umani ed equità, e la mancanza di evidenze pertinenti è stata segnalata.

Per le questioni relative alle politiche sanitarie, all'erogazione di assistenza e alla segnalazione obbligatoria dei casi di violenza, la letteratura è stata sistematicamente rivista, i dati disponibili sono stati raccolti in tabelle di evidenze e qualitativamente riassunti. Tuttavia, la metodologia GRADE non è stata utilizzata per valutare la qualità delle evidenze per questo tipo di questioni, perché i singoli studi erano troppo eterogenei e la maggior parte di essi presentava gravi limiti metodologici. Inoltre, molte delle argomentazioni e delle raccomandazioni erano basate sulle migliori pratiche assistenziali, sulle convenzioni per i diritti umani, e sulle problematiche relative all'equità, che non si prestano alla metodologia GRADE.

Il GDG quindi ha rivisto la sintesi qualitativa dei dati disponibili e formulato raccomandazioni basate su tali dati, così come sulle migliori pratiche, e sui principi e le convenzioni concernenti i diritti umani. La qualità delle evidenze per queste raccomandazioni è stata valutata e classificata come molto bassa.

Creazione del “Guideline Development Group”

Il GDG era composto da docenti universitari, medici, funzionari governativi e consulenti esperti di politica sanitaria, così come da persone che hanno lavorato direttamente con le donne che subiscono violenza e da persone impegnate nel campo della salute e dei diritti delle donne in paesi a basso e medio reddito. Sono stati anche considerati la diversità geografica e il rapporto tra maschi e femmine, anche se il bilanciamento di quest'ultimo criterio è stato difficoltoso dato che in tale ambito prevalgono le donne.

I potenziali membri del GDG sono stati selezionati sulla base del loro contributo in quest'area, nonché in base alla necessità di una diversa competenza regionale e di settore. I 25 partecipanti alla riunione del 2009 dell'*Expert meeting on health-sector responses to violence against women* (WHO 2010a) rappresentavano una grande varietà di soggetti interessati all'ambito in discussione. Come ricercatore particolarmente autorevole

nel settore, il presidente è stato selezionato per la sua vasta esperienza nella metodologia di sviluppo di linee-guida e nel coordinamento di gruppi di sviluppo di linee-guida. I potenziali membri del GDG sono stati identificati in parte tra i partecipanti alla riunione del 2009, e a essi è stato chiesto di completare la dichiarazione dell'OMS sul conflitto di interessi; queste dichiarazioni sono state riviste dal Direttivo.

Dichiarazioni sul conflitto di interessi inviate dai membri e dai revisori del “Guideline Development Group”

Tutti i membri del GDG e i partecipanti all'incontro hanno completato un modulo di dichiarazione sul conflitto di interessi prima della riunione. Questi moduli sono stati rivisti dal funzionario responsabile dell'OMS, dal coordinatore senior del Department of Reproductive Health and Research (RHR) dell'OMS, e dal responsabile del progetto, prima della finalizzazione della composizione del gruppo e dell'invito a partecipare alla riunione del GDG.

L'Allegato II contiene una sintesi delle dichiarazioni sul conflitto di interessi pertinenti. I revisori, cui sono state inviate le linee-guida per la revisione, hanno anch'essi presentato un modulo di dichiarazione sul conflitto di interessi prima di rivedere le linee-guida, e anche questi sono stati esaminati in modo simile. Le procedure per la gestione dei conflitti di interessi sono state elaborate sulla base delle linee-guida dell'OMS *WHO Guidelines for declaration of interest* (esperti dell'OMS). Questo non è un campo dove vi sono forti interessi commerciali, ma vi sono ricerche di rilievo e opinioni dichiarate pubblicamente. Poiché il GDG includeva molti dei ricercatori-chiave attivi in questo campo, prima si è discusso ogni argomento, poi i membri hanno dichiarato in quali studi erano stati coinvolti: in questi casi essi non hanno partecipato attivamente alla discussione, ma hanno solo contribuito al fine di chiarire tutte le domande poste dagli altri membri del GDG. A causa di una posizione dichiarata pubblicamente, il presidente si è astenuto dalla discussione sullo screening della violenza da parte del partner, consentendo che la sessione fosse presieduta dal funzionario dell'OMS responsabile per le linee-guida.

Processo decisionale durante l'incontro del “Guideline Development Group”

Il GDG si è riunito presso l'OMS a Ginevra per un incontro di tre giorni tra il 12 e il 14 Settembre 2011. La revisione delle evidenze era stata inviata in anticipo, in modo che potesse essere riassunta in una presentazione durante la riunione. I membri del GDG hanno cominciato

a discutere le evidenze scientifiche, chiarendo i punti in questione e interpretando i risultati. In termini di sviluppo delle raccomandazioni, il GDG ha riconosciuto che esiste un'ampia variabilità, da regione a regione, nella prevalenza della violenza contro le donne, nelle leggi per proteggere le donne stesse e nelle risorse disponibili per aiutarle. Era quindi particolarmente necessario per il GDG prendere in considerazione la rilevanza delle evidenze in questo contesto, considerando i seguenti punti:

- l'equilibrio tra benefici e potenziali danni conseguenti a ciascun tipo di intervento;
- i valori e le preferenze delle donne, la sensibilità per i bisogni e le preoccupazioni delle donne, e gli standard dei diritti umani, così come il diritto all'informazione, al rispetto e alla dignità;
- i costi e l'utilizzo delle risorse e altre rilevanti questioni riguardanti la fattibilità degli interventi in contesti a basso e medio reddito.

Il GDG ha contestualizzato le evidenze disponibili utilizzando le considerazioni di cui sopra. Laddove vi era una necessità di indicazioni, ma non erano disponibili evidenze scientifiche, le raccomandazioni sono state sviluppate utilizzando l'esperienza del GDG e le considerazioni di cui sopra.

Tenendo conto di queste considerazioni, se veniva deciso che la raccomandazione sarebbe stata di beneficio quasi universale, essa è stata classificata come una raccomandazione "forte". Se, tuttavia, vi erano delle riserve circa i vantaggi conseguibili in contesti diversi, è stata valutata come "relativa". Le raccomandazioni in materia di politica sanitaria ed erogazione di servizi (Sezione 5) sono state elaborate in base alle revisioni sistematiche che comprendevano principalmente studi di tipo osservazionale. Le raccomandazioni in materia di formazione del personale sanitario (Sezione 4) e sulle politiche sanitarie ed erogazione di servizi (Sezione 5) hanno messo al centro il duplice obiettivo di un equo accesso e un'assistenza di buona qualità, e nello stesso tempo l'importanza di formare gli operatori in modo competente per rispondere ai bisogni delle donne che hanno subito violenza, in modo che queste possano accedere ai servizi e farlo in un modo che protegga e promuova la loro salute e i loro diritti. È stata anche presa in considerazione l'applicabilità delle raccomandazioni nel contesto di paesi con limitate risorse umane e di altro genere.

La formulazione e la forza di ogni raccomandazione sono state determinate, nella maggior parte dei casi, attraverso una procedura di consenso; è stato raggiunto un accordo unanime per tutte le raccomandazioni tranne due (la Raccomandazione 2, per quanto riguarda lo "screening universale", e la Raccomandazione 7, per quanto riguarda l'advocacy/il supporto/l'empowerment nei casi di violenza da partner).

Quando l'accordo non è stato unanime, l'esito è stato deciso tramite una votazione. Il revisore del testo e il personale dell'OMS non hanno preso parte al voto, ma il personale regionale dell'OMS, invitato in qualità di consulenti, ha espresso il proprio voto. In questi due casi, il parere della minoranza è stato riportato nella discussione o nelle note all'interno della relativa sezione.

Preparazione dei documenti e revisione tra pari

Oltre ai membri del GDG, sono stati individuati adeguati revisori al fine di ottenere suggerimenti da un'ampia gamma di soggetti interessati. Sia i membri del GDG sia i revisori tra pari sono stati invitati a:

- votare gli esiti delle domande PICOT prima delle revisioni riguardanti le evidenze scientifiche;
- commentare, prima della riunione, le revisioni e le bozze di raccomandazioni sugli interventi clinici per la violenza sessuale e domestica;
- commentare le altre revisioni effettuate, a seguito dell'incontro ma prima della revisione finale;
- commentare il documento finale delle linee-guida dopo la riunione del gruppo.

Tutti i commenti sono stati raccolti e rivisti dal Direttivo, e le revisioni sono state aggiunte ai commenti in una tabella (disponibile su richiesta). Sono state quindi fatte le revisioni necessarie ai documenti, prima che la versione corretta fosse inviata nuovamente ai membri del GDG per un controllo finale.

Un totale di 26 persone ha commentato le domande PICOT e ne ha valutato gli esiti (una tabella delle valutazioni è disponibile su richiesta). Le revisioni sistematiche e le tabelle GRADE (o altre tabelle) sono state preparate e presentate al GDG per completare le raccomandazioni. La sezione seguente contiene la sintesi delle evidenze scientifiche e le raccomandazioni basate sulle evidenze per ciascuna delle grandi aree tematiche trattate dalle linee-guida. Molte persone, tra cui il personale dell'OMS, i revisori tra pari, gli stakeholder e i membri del GDG hanno partecipato alla revisione collettiva delle evidenze e alla preparazione delle linee-guida finali.

EVIDENZE SCIENTIFICHE E RACCOMANDAZIONI

1. Per un'assistenza centrata sulla donna

Le donne che soffrono per una violenza da parte del partner o per una violenza sessuale possono avere bisogni molto diversi, a seconda delle circostanze, della gravità della violenza e delle sue conseguenze. Inoltre, donne che si trovano in circostanze analoghe possono aver bisogno di diversi tipi di supporto nel corso del tempo. Vi sono, tuttavia, un numero minimo di azioni e principi che dovrebbero guidare la risposta in campo sanitario alle donne che subiscono violenza (fisica, sessuale o emotiva), a prescindere se essa sia perpetrata da un partner, un parente, un conoscente o uno sconosciuto, e indipendentemente dalle circostanze. Questo primo minimo livello di risposta di supporto è delineato nella raccomandazione che segue.

1.1 Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Questa raccomandazione si fonda sull'esperienza di coloro che lavorano con le vittime di violenza del partner e sessuale, e si basa sulle raccomandazioni contenute nella pubblicazione dell'OMS *Psychological first aid* (WHO 2011), con specifici adattamenti da parte del GDG per affrontare la violenza contro le donne. Il primo soccorso psicologico è rivolto a persone in contesti di calamità o di crisi che coinvolgono la comunità; esistono solo prove indirette per "il primo soccorso psicologico" (cfr. *Psychological first aid*. Ginevra, World Health Organization 2011, rivolto a individui in tali situazioni di crisi whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

1.2 Raccomandazione

1. Alle donne che rivelano qualsiasi forma di violenza da parte di un partner intimo (o altro membro della famiglia), o di aggressione sessuale da parte di qualsiasi persona, dovrebbe essere offerto un supporto immediato. Gli operatori sanitari dovrebbero, come minimo, offrire supporto sostegno di primo livello allorquando le donne rivelano di aver subito violenza.

Il supporto di primo livello include:

- **essere non giudicanti, ma supportivi e validanti rispetto a ciò che la donna dice;**
- **fornire assistenza pratica e supporto che risponda alle sue preoccupazioni, ma senza avere un comportamento intrusivo;**
- **chiederle di raccontare la sua storia di violenza, ascoltando con attenzione, ma senza fare pressioni affinché parli (fare attenzione nel discutere di temi delicati/sensibili in presenza di un interprete);**
- **agevolare l'accesso alle informazioni sulle risorse disponibili, compresi i servizi legali e di altro tipo, che la donna potrebbe ritenere utili;**
- **assisterla al fine di aumentare la sicurezza per sé e per i propri figli, quando necessario;**
- **fornire o mobilitare il sostegno sociale.**

I servizi devono garantire:

- **che la consultazione sia condotta in privato;**
- **che vi sia riservatezza, pur informando le donne dei limiti di tale riservatezza (ad esempio quando vi è un obbligo di segnalazione).**

Se gli operatori sanitari non sono in grado di fornire il supporto di primo livello, essi dovrebbero far sì che qualcun altro (all'interno dello stesso setting sanitario o in un altro che sia facilmente accessibile) sia immediatamente disponibile a farlo.

Qualità delle evidenze: sono state individuate evidenze indirette

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni:

- (a) Qualsiasi intervento deve essere guidato dal principio di “non nuocere”, garantendo un equilibrio tra benefici e rischi, e la priorità della sicurezza della donna e dei suoi figli costituisce la preoccupazione più importante.

- (b) La privacy e la riservatezza della consultazione dovrebbero altresì rappresentare una priorità, ivi inclusa una discussione con le donne circa la documentazione rilevante da inserire nella cartella clinica e i limiti di riservatezza: pertanto sono essenziali buone capacità di comunicazione.
- (c) Il personale sanitario dovrebbe discutere le opzioni disponibili e sostenere la donna nel suo processo decisionale. La relazione dovrebbe essere di supporto e di collaborazione, rispettando al contempo l'autonomia della donna. Gli operatori sanitari dovrebbero lavorare presentando opzioni e possibilità, così da fornire informazioni, con l'obiettivo di sviluppare un piano efficace e impostare obiettivi realistici, ma dovrebbe sempre essere la donna a prendere le decisioni.
- (d) In alcuni contesti, come ad esempio i servizi di pronto soccorso, durante il primo contatto dovrebbe essere fatto tutto quanto è possibile, nel caso la donna non ritorni. Dovrebbero essere offerti follow-up di supporto, assistenza, e negoziazione di modalità sicure e accessibili per effettuare gli incontri di consultazione successivi.
- (e) Il personale sanitario dovrebbe possedere una buona conoscenza della natura della violenza di genere contro le donne e della dimensione del problema in termini di diritti umani.
- (f) Le donne che presentano disabilità fisica o mentale sono a elevato rischio di violenza da partner e sessuale: gli operatori sanitari dovrebbero quindi prestare particolare attenzione ai loro molteplici bisogni. Anche le donne in stato di gravidanza possono presentare necessità particolari (cfr. Raccomandazione 8).

2. Identificazione e assistenza delle donne vittime di violenza del partner

Questa sezione riguarda l'identificazione delle vittime di violenza da parte del partner e gli interventi clinici che affrontano tale questione.

2.1 Identificazione di violenza da partner

Molto si è dibattuto riguardo le strategie più sicure ed efficaci, nei contesti sanitari, per identificare le donne che subiscono violenza da parte del partner. Alcuni, in particolare negli Stati Uniti d'America, sostengono l'importanza di invitare tutte le donne che afferiscono ai servizi sanitari a riferire circa l'eventuale violenza da partner ("screening universale" o "indagine di routine"), mentre altri sostengono un approccio più selettivo in base a considerazioni cliniche e diagnostiche ("indagine clinica" o "accertamento del caso") (cfr. Glossario). In generale, vari studi

hanno dimostrato che lo screening per la violenza del partner (condotto chiedendo sistematicamente a tutte le donne circa l'eventuale violenza) incrementa l'identificazione delle donne vittime di violenza da partner, ma non hanno mostrato che esso produce una riduzione della violenza, né alcun beneficio notevole per la salute delle donne. Sono state quindi valutate le evidenze esistenti circa “gli effetti degli interventi offerti a livello del sistema sanitario volti a individuare le donne vittime di violenza da partner”.

2.1.1 Sintesi delle evidenze scientifiche

Un'inedita revisione dell'OMS sullo screening e gli interventi clinici per violenza da parte del partner (disponibile su richiesta), che costituisce un aggiornamento di una revisione sistematica precedente (Feder et al. 2009), ha concluso che non vi sono prove sufficienti per sostenere che lo screening universale comporta una riduzione della violenza del partner o un miglioramento della qualità della vita o della salute delle donne, e ha messo in evidenza che la connessione tra screening e riduzione della violenza è complessa. L'attuale revisione ha quindi individuato programmi di “screening” che offrono anche azioni post-screening, nella speranza che questa strategia vada oltre il mero aumento dei tassi di identificazione e di accettazione da parte degli operatori sanitari, ma porti a migliori risultati per le donne. Nei programmi di screening qui considerati, il tipo più comune di “azione” è rappresentato dal mettere in evidenza, nella cartella clinica, il risultato del test di screening, risultato fornito all'operatore sanitario prima della visita, oppure da invii automatici a operatori sociali o *advocates*¹.

Dei quattro studi supplementari (Rhodes et al. 2006; Ahmad et al. 2009; MacMillan et al. 2009; Koziol-McLain et al. 2010), non esaminati in Feder et al. (2009), la maggior parte è stata effettuata in un pronto soccorso (N = 4), due sono stati condotti in setting ambulatoriali di medicina generale (Ahmad et al. 2009; MacMillan et al. 2009), e due sono stati condotti in campo ostetrico/ginecologico o nell'ambito di ambulatori di clinica prenatale o di medicina generale (MacMillan et al. 2009; Humphreys et al. 2011). In totale, sono state reclutate 1.919 donne in questi studi; due studi sono stati condotti in Canada, uno in Nuova Zelanda e uno negli Stati Uniti; MacMillan et al. (2009) non hanno specificato quale fosse il setting in cui lo studio è stato condotto.

Non sono stati trovati studi che abbiano dimostrato una riduzione importante o statisticamente significativa delle recidive di violenza

NOTA DEL TRADUTTORE

¹ Nel testo inglese si parla di “*professional advocates*”. In Italia, come in altri paesi occidentali, questa figura corrisponde alle “operatrici di accoglienza” dei Centri Anti-Violenza.

da parte del partner. I trial randomizzati di MacMillan et al. (2009) e di Koziol-McLean et al. (2010) hanno avuto risultati simili con una dimensione dell'effetto ridotta (odds ratio di 0,82 e 0,86, non statisticamente significativi) rispettivamente in medicina generale, ostetricia e ginecologia, e pronto soccorso in Ontario (Canada) e nel pronto soccorso di un ospedale urbano in Nuova Zelanda.

È stato individuato un solo studio, un trial randomizzato e controllato, che ha valutato una molteplicità di esiti per le condizioni di salute, la qualità della vita, e i sintomi di depressione e di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) (MacMillan et al. 2009). A 18 mesi di follow-up, non sono emerse differenze importanti in termini di salute. Quindi, come messo in luce nei risultati delle precedenti revisioni della letteratura, non vi sono prove sufficienti per affermare che lo screening abbinato ad altri interventi porti a una riduzione delle recidive di violenza del partner, o a un miglioramento della qualità della vita o delle condizioni di salute.

Un recente studio clinico randomizzato di screening sulla violenza da partner negli Stati Uniti (Klevens et al. 2012), che ha misurato le recidive della violenza e i miglioramenti nella qualità della vita e in altri aspetti della salute delle donne, ha rafforzato le evidenze alla base della Raccomandazione 2, che sconsiglia lo screening per violenza da partner di tutte le donne in ambito sanitario. Nel complesso, la qualità delle evidenze scientifiche disponibili per gli studi di screening è stata classificata da bassa a moderata, e emerge che i programmi di screening per la violenza da parte del partner delle donne in setting sanitari non soddisfano i criteri di sanità pubblica per la realizzazione di programmi di screening. Non ci sono studi che hanno messo a confronto i risultati ottenuti con l'identificazione attraverso lo screening, con il *case-finding* o con l'indagine clinica. Nonostante ci sia uno studio (MacMillan et al. 2009) che dimostra l'assenza di rischi allo screening, un ulteriore studio condotto in setting prenatali ha messo in luce una potenziale nocività (Bachus et al. 2010).

2.1.2 Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Uno dei criteri di sanità pubblica per raccomandare programmi di screening è rappresentato dalla disponibilità di una risposta efficace. La sopracitata revisione degli studi di screening ha considerato come criteri di esito la qualità della vita, la reiterazione della violenza del partner e i tassi di invio alle strutture appropriate. Oltre alle evidenze disponibili, i punti considerati dal GDG includono i costi e l'utilità dello screening, in contesti con tassi di prevalenza della violenza molto elevati e con limitate opzioni di invio e sostenibilità, i potenziali rischi e anche le preoccupazioni per la sicurezza delle donne. Sulla base dell'esperienza

di alcuni membri del GDG, queste considerazioni includono:

- L'elevato carico assistenziale che lo screening universale comporta, dove c'è elevata prevalenza della violenza, in particolare in ambienti con limitate opzioni di invio e risorse e con servizi sovraccarichi, il che si traduce in costi opportunità¹ per gli operatori sanitari oberati e in una limitata capacità di rispondere ai bisogni delle donne che possono essere identificate attraverso lo screening. In questi contesti risulta probabilmente più vantaggioso per le donne che ci si concentri su indagini selettive basate su considerazioni cliniche.
- Le donne possono trovare difficile rispondere a indagini ripetute, soprattutto se queste ultime non sono poi seguite da adeguati provvedimenti; questo può potenzialmente ridurre il loro utilizzo dei servizi sanitari.
- Se da una parte lo screening aumenta l'identificazione dei casi di violenza, esso tende anche ad aumentare le resistenze da parte dei medici, e i tassi di screening tendono a diminuire rapidamente. Questo può facilmente diventare un modo di "spuntare caselle" effettuato senza le dovute considerazioni, o intrapreso in modo inefficace.
- La formazione degli operatori sanitari per intervistare tutte le donne circa la violenza, quando vi sono opzioni limitate da offrire loro, ha un costo/opportunità importante. È preferibile concentrarsi sul miglioramento delle capacità degli operatori di rispondere adeguatamente alle donne che rivelano la violenza subita, mostrano segni e sintomi associati alla violenza, o soffrono per gravi forme di abuso.

Una minoranza di membri del GDG ha ritenuto che i benefici dello screening universale superino gli svantaggi. Le ragioni da essi addotte erano le seguenti:

- Lo screening aumenta l'identificazione dei casi di violenza, senza cui l'intervento non può avere luogo (anche se le opzioni sono limitate).
- I programmi di screening non sembrano nuocere agli individui, e la maggior parte delle donne non mostrano resistenze a essere intervistate.
- Il personale sanitario non ha necessariamente familiarità con i segni e i sintomi della violenza da parte del partner, e può solo

NOTA DEL TRADUTTORE

¹ Il costo opportunità è il costo derivante dal mancato sfruttamento di una opportunità concessa al soggetto economico. L'alternativa a cui si deve rinunciare quando si effettua una scelta economica è detta costo opportunità (opportunity cost).

fare domande alle donne che ritiene possano essere a rischio, aumentando potenziali stereotipi.

- C'è anche il rischio che, se l'indagine è condotta in modo selettivo, gli operatori sanitari evitino di fare domande se essi stessi si sentono a disagio (sebbene ciò accada anche quando l'approccio consigliato è lo screening universale).

2.1.3 Raccomandazioni

- 2. Lo “screening universale” o l’“indagine di routine” (ovvero il fare domande circa le eventuali violenze a tutte le donne che vengono in contatto con i servizi sanitari) non dovrebbero essere effettuati.**

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa-moderata

Forza della raccomandazione: relativa

Osservazioni:

- (a) Ci sono forti evidenze circa l'associazione tra violenza da partner e i disturbi mentali tra le donne. Alle donne con sintomi di disturbo mentale (come depressione, ansia, PTSD, tentativi di suicidio/atti autolesivi) potrebbero essere poste delle domande riguardo la violenza del partner come parte di una buona pratica clinica, in particolare perché ciò potrebbe influenzare il trattamento e l'assistenza.
- (b) La violenza del partner può influire sulla rivelazione della sieropositività o compromettere la sicurezza delle donne che fanno tale rivelazione, nonché la loro capacità di attuare strategie per la riduzione del rischio. Fare domande alle donne circa la violenza da partner potrebbe quindi essere tenuto in considerazione nel contesto di consulenze o esecuzione di test per l'HIV, anche se sono necessarie ulteriori ricerche per valutare questo punto.
- (c) Il contesto delle cure prenatali è un'occasione per informarsi sistematicamente rispetto alla violenza da partner, a causa della doppia vulnerabilità in gravidanza. C'è qualche limitata evidenza proveniente da contesti ad alto reddito che suggerisce che interventi di advocacy e di empowerment (ad esempio sessioni di counselling multiple e strutturate), seguiti dall'identificazione attraverso un'indagine di routine nelle cure prenatali, possono condurre a un migliore esito per la salute delle donne, insieme anche alla possibilità di follow-up durante le cure prenatali. Tuttavia, devono essere assicurate certe condizioni prima che ciò possa essere realizzato (vedi i requisiti minimi).

3. Gli operatori sanitari dovrebbero indagare l'eventuale esposizione alla violenza da partner nel valutare quelle condizioni che possono essere causate o complicate da tale violenza (cfr. Riquadro 1: "Esempi di condizioni cliniche associate alla violenza da partner", vedi sotto), al fine di migliorare la diagnosi/identificazione e la successiva assistenza alle vittime (cfr. Raccomandazione 30).

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state individuate evidenze indirette
Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni:

- (a) Un requisito minimo per gli operatori sanitari che intervistano le donne sulla violenza è che ciò sia fatto in maniera sicura (vale a dire che il partner non sia presente); devono essere addestrati sul modo corretto di fare domande e su come rispondere alle donne che rivelano la violenza (vedi i requisiti minimi). Tale risposta dovrebbe almeno includere un supporto di primo livello per la violenza da partner (cfr. Raccomandazione 1).

Riquadro 1	Esempi di condizioni cliniche associate a violenza da partner ^a
<ul style="list-style-type: none">• Sintomi di depressione, ansia, PTSD, disturbi del sonno;• Suicidalità o autolesionismo;• Uso di alcol e di altre sostanze;• Sintomi gastrointestinali cronici inspiegabili;• Sintomi genitali inspiegabili, compreso il dolore pelvico, disfunzioni sessuali;• Esiti riproduttivi avversi, tra cui indesiderate gravidanze multiple e/o interruzioni di gravidanza, ritardo nell'assistenza durante la gravidanza, esiti avversi del parto;• Sintomi urogenitali inspiegabili, tra cui frequenti infezioni della vescica o dei reni, o altro;• Sanguinamento vaginale ripetuto e infezioni a trasmissione sessuale;• Dolore cronico (inspiegabile);• Lesioni traumatiche, soprattutto se ripetute e giustificate con spiegazioni vaghe o non plausibili;• Problemi a carico del sistema nervoso centrale – mal di testa, problemi cognitivi, perdita dell'udito;• Consultazioni sanitarie ripetute senza una diagnosi chiara;• Partner o marito intrusivo durante le consultazioni.	

NOTA

^aAdattato da Black MC "Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians". *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2011, 5:428–439.

Requisiti minimi per chiedere informazioni sulla violenza da partner:

- Protocollo/procedura operativa standard;
- Formazione su come fare domande, e fornire almeno una risposta minima o chiarimenti ulteriori;
- Setting che garantisca la privacy;
- Riservatezza garantita;
- Organizzazione nel servizio di un sistema di invio (ad altri servizi).

- (b) Gli operatori devono essere consapevoli e informati sulle risorse disponibili a cui far fare riferimento quando si fanno domande sulla violenza da partner.

4. Informazioni scritte sulla violenza da partner dovrebbero essere disponibili presso le strutture sanitarie sotto forma di manifesti, opuscoli o volantini messi a disposizione in aree private, come ad esempio i servizi igienici per le donne (con le opportune avvertenze riguardo al portare questi materiali a casa, qualora sia presente un partner violento).

Qualità delle evidenze scientifiche: non è stata identificata alcuna evidenza rilevante

Forza della raccomandazione: subordinata

2.2 Assistenza per le vittime di violenza del partner

Sono state esaminate le evidenze scientifiche in risposta al seguente quesito: “Quali effetti hanno gli interventi condotti da un servizio sanitario sulle donne vittime di violenza del partner?”.

Sono stati identificati otto nuovi studi pubblicati dopo la revisione sistematica dell’OMS, così come una pubblicazione supplementare (Kiely et al. 2010) che rinforza nuovi risultati provenienti da uno studio già esaminato in precedenza.

Le prove per verificare l’efficacia di interventi clinici sono giunte da questi nuovi studi, nonché dai 14 studi precedenti che hanno soddisfatto i criteri di inclusione delle tre precedenti revisioni sistematiche (Sadowski e Casteel 2010; Ramsay et al. 2006, l’aggiornamento inedito dello studio di Ramsay et al. 2006, diretto dall’OMS nel 2009).

Le evidenze per gli interventi nelle seguenti categorie sono riassunte qui di seguito:

- interventi psicologici/di salute mentale;
- interventi di advocacy/empowerment (cfr. Glossario per le definizioni specifiche);
- interventi sulla relazione madre-bambino;
- altri interventi (di scrittura espressiva e respirazione yoga).

Questi 22 studi erano tutti trial controllati condotti in maggioranza in paesi ad alto reddito (1 in Australia, 3 a Hong Kong e 17 negli Stati Uniti), e uno in un paese a medio reddito, il Perù. I contesti variavano e includevano il territorio, i servizi sanitari, le case-rifugio/case protette o setting ibridi tra ambienti sanitari e non sanitari. I principali dubbi emersi nell'interpretazione di questi interventi clinici per la violenza da parte del partner hanno riguardato la mancanza di dettagli e la sovrapposizione tra gli interventi psicologici e di advocacy/empowerment, nella misura in cui i primi hanno spesso componenti di supporto non psicologico ed i secondi possono talvolta includere interventi di supporto psicologico come il counselling. In molti studi, inoltre, gli interventi attuali non sono stati descritti sufficientemente in dettaglio da consentire di distinguere tra interventi psicologici standard e sostegno psicologico.

I 20 studi sugli interventi di advocacy/empowerment e psicologici avevano sia punti di forza sia limiti metodologici e la qualità delle evidenze scientifiche variava da bassa (13) a moderata (7). Tutti questi trial erano di tipo randomizzato e controllato, utilizzavano strumenti di valutazione standardizzati e i risultati valutati come "importanti" o "criticamente importanti". Le limitazioni comprendevano la mancanza di cecità nella randomizzazione o nella valutazione del risultato, l'elevato tasso di abbandoni, e spesso, la presenza di un campione molto piccolo, che ha reso lo studio sottodimensionato. L'eterogeneità degli studi ha impedito di poter combinare i dati ottenuti in studi con campioni sottodimensionati¹ in una metanalisi.

Dall'ultima revisione sistematica, la ricerca in tale ambito è stata attiva e ha ampliato considerevolmente il corpo delle evidenze disponibili. Inoltre, gli studi più recenti sono stati condotti in strutture sanitarie, dimostrando la fattibilità dello studio della violenza del partner in questi contesti, presumibilmente guadagnando un maggiore supporto nel processo da parte del settore sanitario.

2.2.1 Interventi psicologici/di salute mentale

Sintesi delle evidenze scientifiche

Sono stati individuati cinque studi che hanno valutato questo tipo

NOTA DEL TRADUTTORE

¹ In termini di numerosità campionaria

di intervento (Kubany et al. 2004; Gilbert et al. 2006; Lieberman et al. 2006; Kiely et al. 2010; Zlotnick et al. 2011). In alcuni di essi, l'intervento è stato adattato per donne che avevano subito violenza del partner, e conteneva elementi di advocacy o di empowerment. Poiché non è stato possibile considerare separatamente queste componenti, i risultati contribuiscono al corpo di evidenze scientifiche sia per la categoria degli interventi di advocacy/empowerment sia per quelli psicologici. Questi studi mostrano che alcune forme di terapia cognitivo-comportamentale individuale (CBT) per le donne che hanno subito violenza da partner possono ridurre il PTSD e la depressione (durante la gravidanza), se messe a confronto con nessun intervento, e uno studio ha riportato migliori esiti del parto.

Tuttavia, non vi sono evidenze scientifiche che suggeriscano che questi interventi abbiano un effetto benefico sulla qualità della vita, così com'è misurata negli studi. Da una precedente revisione sistematica, sono stati identificati nove studi controllati sugli interventi psicologici di gruppo, tra cui quattro trial controllati randomizzati (Wingood, Gilbert, Laverde, Melendez), uno studio caso-controllo (Arinero), e quattro studi a gruppi paralleli (Cox, Limandri, Rinfert-Raynor, Kim). Questi comprendevano studi condotti in Colombia e Corea e valutavano in modo molto eterogeneo interventi di tipo psicologico e i loro esiti. Sebbene la maggioranza abbia riportato alcuni risultati positivi, la qualità del disegno dello studio complessivo e la sua conduzione erano scadenti.

Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Per interventi psicologici individuali per le donne che non subiscono più violenza, ma soffrono di PTSD, viene raccomandata la CBT. Le evidenze per questa specifica popolazione clinica sono di bassa qualità, ma vengono supportate da un corpo molto più ampio di prove per la CBT di qualità moderata. Non ci sono prove sufficienti per raccomandare la CBT a donne che sono ancora vittime di violenza da parte del partner.

Non sono state riscontrate evidenze sufficienti per raccomandare un intervento psicologico di gruppo a donne che hanno subito la violenza da partner.

Tuttavia, il GDG ha voluto ricordare agli operatori sanitari che le donne con disturbi mentali già diagnosticati che hanno subito violenza del partner dovrebbero ricevere un'assistenza specifica per la salute mentale, com'è consigliato nelle linee-guida dell'OMS *WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)* (WHO 2010), fornita da professionisti che conoscano l'impatto e la gestione della violenza contro le donne (Howard et al. 2010).

Riquadro 2	Raccomandazioni in forma abbreviata per la depressione (DEP 1-6) e altri significativi disagi emotivi o medici inspiegabili (OTH 1-7)
Ruolo degli antidepressivi e delle benzodiazepine	<p>DEP 1. Gli antidepressivi non dovrebbero essere considerati nel trattamento iniziale di adulti con episodio depressivo lieve. Antidepressivi triciclici o fluoxetina dovrebbero essere considerati per adulti con episodio/disturbo depressivo da moderato a grave.</p> <p>OTH 2. Né gli antidepressivi né le benzodiazepine dovrebbero essere usati nel trattamento iniziale di individui che lamentano sintomi depressivi in assenza di attuale/pregresso episodio/disturbo depressivo</p>
Durata del trattamento con antidepressivi	DEP 2. Il trattamento antidepressivo non dovrebbe essere interrotto prima di 9-12 mesi dopo la remissione.
Intervento psicologico breve e strutturato	<p>DEP 3. La terapia interpersonale, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) (compresa l'attivazione comportamentale, DEP 4) e gli interventi di problem-solving dovrebbero essere considerati come trattamenti psicologici per l'episodio/disturbo depressivo in contesti sanitari non specializzati se ci sono sufficienti risorse umane (ad es. operatori sanitari territoriali supervisionati). Nel caso di depressione moderata e grave, il problem-solving dovrebbe essere considerato come terapia aggiuntiva.</p> <p>OTH 3. Un approccio di problem-solving dovrebbe essere considerato per persone con sintomi depressivi (in assenza di un episodio/disturbo depressivo) che sono in difficoltà o che hanno un certo grado di compromissione del funzionamento.</p> <p>OTH 1. Il trattamento psicologico basato sui principi della CBT dovrebbe essere considerato per adulti che fanno molteplici richieste d'aiuto, con disturbi somatici inspiegabili da un punto di vista medico, che si trovano in difficoltà e che non soddisfano i criteri per l'episodio/disturbo depressivo.</p>
Training di rilassamento e attività fisica	DEP 5, DEP 6. Il training di rilassamento e i suggerimenti sull'attività fisica possono essere considerati come trattamento per adulti con episodio/disturbo depressivo. Nella depressione moderata e grave, questi interventi dovrebbero essere considerati come trattamento aggiuntivo.

Riquadro 2 (continua)	Raccomandazioni in forma abbreviata per la depressione (DEP 1-6) e altri significativi disagi emotivi o medici inspiegabili (OTH 1-7)
Supporto psicologico in seguito a un recente evento traumatico	<p>OTH 4. Il <i>debriefing</i> non dovrebbe essere utilizzato a seguito di un recente evento traumatico per ridurre il rischio di stress post-traumatico, ansia o sintomi depressivi.</p> <p>OTH 5. L'accesso a un supporto basato sui principi di primo aiuto psicologico dovrebbe essere suggerito per le persone in uno stato di sofferenza acuta, che hanno vissuto di recente un evento traumatico.</p>
Auto-esposizione graduale basata sui principi della CBT in adulti con disturbo da stress post-traumatico (PTSD)	OTH 6. Se è possibile continuare a seguire il paziente con incontri di follow-up, l'auto-esposizione graduale basata sui principi della CBT dovrebbe essere raccomandata per adulti con sintomi di PTSD.
Trattamento psicologico basato sui principi della CBT per persone con anamnesi di attacchi di panico.	OTH 7. Il trattamento psicologico basato sui principi della CBT dovrebbe essere raccomandato come trattamento per persone con anamnesi di attacchi di panico.

Vi è un sostanziale corpo di lavori scientifici sul trattamento di vari disturbi mentali, compresa la depressione e il PTSD (Bisson et al. 2007). L'OMS ha già delle linee-guida sul trattamento della depressione, dei disturbi psicotici e dei disturbi da uso di alcol, insieme ad altre condizioni (WHO 2010; Dua et al. 2011). L'OMS sta attualmente lavorando sulle linee-guida del mhGAP e su protocolli clinici per lo stress acuto, il lutto e il PTSD. Il *WHO mhGAP Guidelines Development Group* ha finora approvato le raccomandazioni indicate nel Riquadro 2 che sono potenzialmente rilevanti per le vittime di violenza del partner.

Raccomandazioni

- 5. Le donne con una diagnosi di disturbo mentale preesistente o correlato alla violenza da partner (come un disturbo depressivo o un disturbo da uso di alcol) che sono vittime di violenza da partner dovrebbero ricevere assistenza nel campo della salute mentale per il loro disturbo (in conformità con la guida dell'OMS *WHO Mental Health Gap Action Programme –mhGAP***

2010), da parte di professionisti dotati di una buona conoscenza del tema relativo alla violenza contro le donne.

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state individuate evidenze indirette; variabile (a seconda degli interventi, cfr. http://www.who.int/mental_health/mhGAP/evidence/en)

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni:

(a) L'uso di farmaci psicotropi nelle donne che sono in gravidanza o allattamento richiede conoscenze specialistiche ed è meglio che sia proposto in consultazione con uno specialista se questo è disponibile. Per i dettagli sulla gestione dei problemi di salute mentale in questi due gruppi specifici consultare le linee-guida mhGAP (WHO 2010).

6. Gli interventi di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) (cfr. Glossario), condotti da operatori sanitari con una buona conoscenza della violenza contro le donne, sono raccomandati per le donne che non sono più vittime di violenza, ma soffrono di disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa-moderata

Forza della raccomandazione: forte

2.2.2 Interventi di advocacy/empowerment

Sintesi delle evidenze scientifiche

Sono stati identificati 15 studi sugli interventi definiti di advocacy e di empowerment (McFarlane et al. 2000, 2006; Sullivan et al. 2002; Constantino et al. 2005; Tiwari et al. 2005, 2010a, 2010b; Gillum et al. 2009; Cripe et al. 2010; Bair-Merrit et al. 2010; Kiely et al. 2010; Humphreys et al. 2011; Taft et al. 2011). Questi interventi includevano più componenti, tra cui: indirizzare le donne ai servizi, empowering, educare le donne alla genitorialità, e adozione di comportamenti non a rischio. L'attuazione degli interventi è stata eterogenea in termini di chi ha fornito i servizi (da operatori non professionisti a professionisti) e contesti (cioè casa, territorio, per via telefonica e setting sanitari).

Ci sono evidenze secondo cui gli interventi di advocacy/empowerment per la violenza da parte del partner possono ridurre le recidive di violenza da parte del partner per alcune donne, ma non vi sono evidenze

sufficienti riguardo all'impatto sulla qualità della vita o sugli esiti nel campo della salute mentale. Le evidenze maggiori sono giunte da tre studi simili sull'advocacy condotti a Hong Kong, che hanno attuato interventi focalizzati sull'empowerment di breve durata a tre campioni di donne (relativamente piccoli) – a livello di cure prenatali, di centro sanitario e di casa rifugio^a.

Di questi tre studi, i due che hanno valutato l'intervento in strutture sanitarie hanno riscontrato benefici rispetto ad alcuni indicatori di esito riferiti alla salute e all'abuso. Rimane ancora l'incertezza circa l'intensità necessaria affinché l'advocacy/empowerment abbia effetto al di fuori dei setting delle cure prenatali. Ci sono due precisazioni importanti, in particolare al fine di sviluppare una base di evidenze scientifiche per linee-guida internazionali riguardanti i servizi sanitari. In primo luogo, le evidenze più forti rispetto all'advocacy o supporto individuale provengono da studi di donne ospitate in case-rifugio, case protette o case di accoglienza, senza un diretto collegamento alle strutture sanitarie, benché vi siano evidenze più recenti provenienti da studi con piccoli campioni reclutati nell'ambito delle cure prenatali. In secondo luogo, le evidenze si basano su studi condotti in paesi ad alto reddito, e per questo motivo devono essere fatte ulteriori considerazioni prima di estrapolare delle indicazioni per la maggioranza della popolazione mondiale. Due studi hanno investigato la presenza di danno o disagio causato dai temi di discussione, o violazioni della riservatezza, senza però trovarne alcuno (McFarlane et al. 2006; Tiwari et al. 2005).

Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Dopo aver revisionato le evidenze, il GDG ha ritenuto che ci fosse qualche incertezza circa (i) l'efficacia dell'advocacy sulla qualità della vita o sugli indicatori di esito rispetto alla salute mentale, e (ii) la presenza di benefici per le donne non residenti in case-rifugio, o per donne non gravide. Nella Raccomandazione 8 viene trattato quanto emerso dalla discussione, mentre le precisazioni sono state riportate nelle osservazioni.

Raccomandazioni

7. Alle donne che hanno trascorso almeno una notte in una casa rifugio, una casa protetta o una casa di accoglienza dovrebbe

NOTA

^aLa forza delle prove è etichettata come "Evidenze indirette" quando nessuna prova diretta è stata identificata per tale popolazione e la raccomandazione è quindi basata sulle evidenze estrapolate da un'altra popolazione più pertinente.

essere offerto un programma strutturato di supporto, advocacy e/o empowerment (cfr. Glossario).

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa

Forza della raccomandazione: relativa

Osservazioni

- (a) Non è chiara la modalità attraverso cui ciò è applicabile alle donne che lasciano la famiglia in contesti in cui non esistono case-rifugio.
- (b) Tale indicazione può riguardare le donne che hanno condiviso con gli operatori sanitari la loro esperienza di violenza da partner; sebbene la modalità attraverso cui ciò è applicabile all'infuori delle case-rifugio non è chiara e dovrebbe essere ulteriormente approfondita.
- (c) In popolazioni in cui la prevalenza di violenza da partner è elevata, la priorità dovrebbe essere riservata alle donne che sono oggetto dell'abuso più grave (il GDG non concorda sul fatto che ciò debba includere i gravi abusi psicologici).
- (d) Gli interventi dovrebbero essere condotti da operatori sanitari, sociali o non professionisti addestrati, dovrebbero essere progettati su misura rispetto alle circostanze personali delle donne e in modo da combinare il supporto emotivo e l'empowerment con l'accesso alle risorse territoriali.

8. Alle donne incinte che rivelano violenza da partner dovrebbe essere offerto un periodo breve-medio di counselling per l'empowerment (fino a 12 sessioni) e l'advocacy/sostegno, inclusa una parte relativa alla sicurezza personale, erogato da operatori qualificati, laddove i sistemi sanitari sono in grado di supportare un intervento del genere. In che misura tali interventi siano applicabili in setting diversi dai servizi per le cure prenatali, o siano fattibili in paesi a medio e basso reddito, è incerto.

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa

Forza della raccomandazione: relativa

Osservazioni

- (a) Le informazioni circa l'esposizione alla violenza dovrebbero essere registrate a meno che la donna non rifiuti, e ciò dovrebbe essere sempre eseguito in maniera discreta (vale a dire senza l'utilizzo di

definizioni o etichette evidenti che potrebbero essere stigmatizzanti per le donne, soprattutto quando gli operatori sanitari le classificano come “maltrattate”). Le donne potrebbero desiderare che tali informazioni non siano riportate nella propria cartella clinica, nel timore che il proprio partner possa scoprirlo. Questa preoccupazione dovrà essere considerata bilanciando anche la necessità di garantire un’adeguata mole di prove di tipo medico-legale, nei casi in cui una donna decida di avviare una causa legale.

- (b) Una donna dovrebbe essere aiutata a sviluppare un piano per migliorare la propria sicurezza personale e quella della suoi figli, quando necessario.
- (c) Particolare attenzione deve essere rivolta alla protezione di sé degli operatori sanitari, considerando anche il potenziale trauma vicario (cfr. Glossario).

2.2.3 Interventi madre-bambino

Sintesi delle evidenze scientifiche

Sono stati identificati quattro studi che hanno valutato interventi madre-bambino (Jouriles et al. 2001; Sullivan 2002; Lieberman et al. 2005, 2006). Tre studi randomizzati controllati (di cui uno comprendente il follow-up di uno studio precedente), riguardanti interventi intensivi (di almeno 20 sedute) e focalizzati sulla diade madre-bambino, hanno riscontrato miglioramenti sia rispetto ai problemi comportamentali dei bambini (Jouriles et al. 2001; Lieberman et al. 2005, 2006), sia rispetto al loro senso di competenza e di autostima (Sullivan 2002), sia rispetto ai sintomi da stress traumatico (Lieberman et al. 2005, 2006). Un intervento ha mostrato una riduzione in alcuni, ma non tutti, sintomi da stress post-traumatico nelle madri (Lieberman et al. 2005, 2006). Dei due studi che hanno preso in considerazione lo stress materno correlato a sintomi psichiatrici generali, uno ha mostrato benefici (Sullivan 2002), mentre l’altro non ha mostrato alcun effetto (Jouriles et al. 2009). Uno studio randomizzato controllato sull’intervento di CBT focalizzato sul trauma ed erogato a livello territoriale (TF-CBT, Cohen 2011), comprendeva sessioni indirizzate a bambini e genitori che erano indirizzate esclusivamente agli esiti per i bambini; esso ha mostrato miglioramenti rispetto all’ansia e al PTSD correlati alla violenza del partner subita dai bambini stessi. Ciò offre ulteriore supporto alle evidenze circa l’efficacia degli interventi psicoterapeutici madre-bambino, ma solo nei paesi ad alto reddito.

Riquadro A – Le condizioni cliniche associate alla violenza da partner

- Sintomi di depressione, ansia, PTSD, disturbi del sonno
- Suicidio o autolesionismo
- Uso di alcol e di altre sostanze
- Dolore cronico (inspiegabile)
- Sintomi gastrointestinali cronici inspiegabili
- Sintomi urogenitali inspiegabili, tra cui frequenti infezioni della vescica o dei reni, o altro
- Esiti riproduttivi avversi, tra cui gravidanze multiple indesiderate e/o interruzioni di gravidanza, ritardo nell'assistenza durante la gravidanza, esiti avversi del parto
- Sintomi genitali inspiegabili, compreso il dolore pelvico, disfunzioni sessuali
- Ripetuto sanguinamento vaginale e infezioni sessualmente trasmissibili (STI)
- Lesioni traumatiche, soprattutto se ripetute e giustificate con spiegazioni vaghe o non plausibili
- Problemi a carico del sistema nervoso centrale – mal di testa, problemi cognitivi, perdita dell'udito
- Consultazioni sanitarie ripetute senza diagnosi chiara
- Partner o marito intrusivo durante le consultazioni

Riquadro B – Supporto di primo livello

Alle donne che rivelano qualsiasi forma di violenza da parte del partner (o di un altro membro della famiglia) o di violenza sessuale da parte di qualsiasi aggressore dovrebbe essere offerto un immediato supporto. Questo comprende:

- **garantire che la consultazione sia condotta in privato;**
- **garantire la riservatezza, pur informando le donne dei limiti di tale riservatezza (ad esempio quando vi è obbligo di segnalazione all'autorità giudiziaria);**
- **essere non giudicanti, supportivi e validare ciò che la donna sta dicendo;**
- **fornire assistenza pratica e supporto che risponda alle preoccupazioni della donna, senza essere intrusivi;**
- **chiederle di raccontare la sua storia di violenza, ascoltando con attenzione, ma senza fare pressioni affinché parli (fare attenzione nel discutere di temi delicati/sensibili in presenza di un interprete);**
- **agevolare il suo accesso alle informazioni sulle risorse, compresi i servizi legali e di altro tipo, che lei potrebbe ritenere utili;**
- **assistere nell'incrementare la sicurezza per sé e per i suoi figli, se necessario;**
- **fornire o mobilitare il sostegno sociale.**

Se gli operatori sanitari non sono in grado di fornire un supporto di primo livello, dovrebbero garantire che qualcun altro (nello stesso setting sanitario o in un altro che sia facilmente accessibile) sia immediatamente disponibile a farlo.

Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Il GDG ha giudicato le evidenze riguardanti specifici interventi intensivi rivolti alla diade madre-bambino come sufficientemente forti per consigliare questi interventi, sebbene la loro applicabilità in contesti a basso reddito sia incerta.

Raccomandazione

9. Ai bambini esposti a violenza da partner dovrebbe essere offerto un intervento psicoterapeutico, con sessioni che comprendano incontri sia in presenza sia in assenza delle loro madri, sebbene non sia chiaro in che misura questo si possa applicare in contesti a basso-medio reddito.

Qualità delle evidenze scientifiche: moderata

Intensità della raccomandazione: relativa

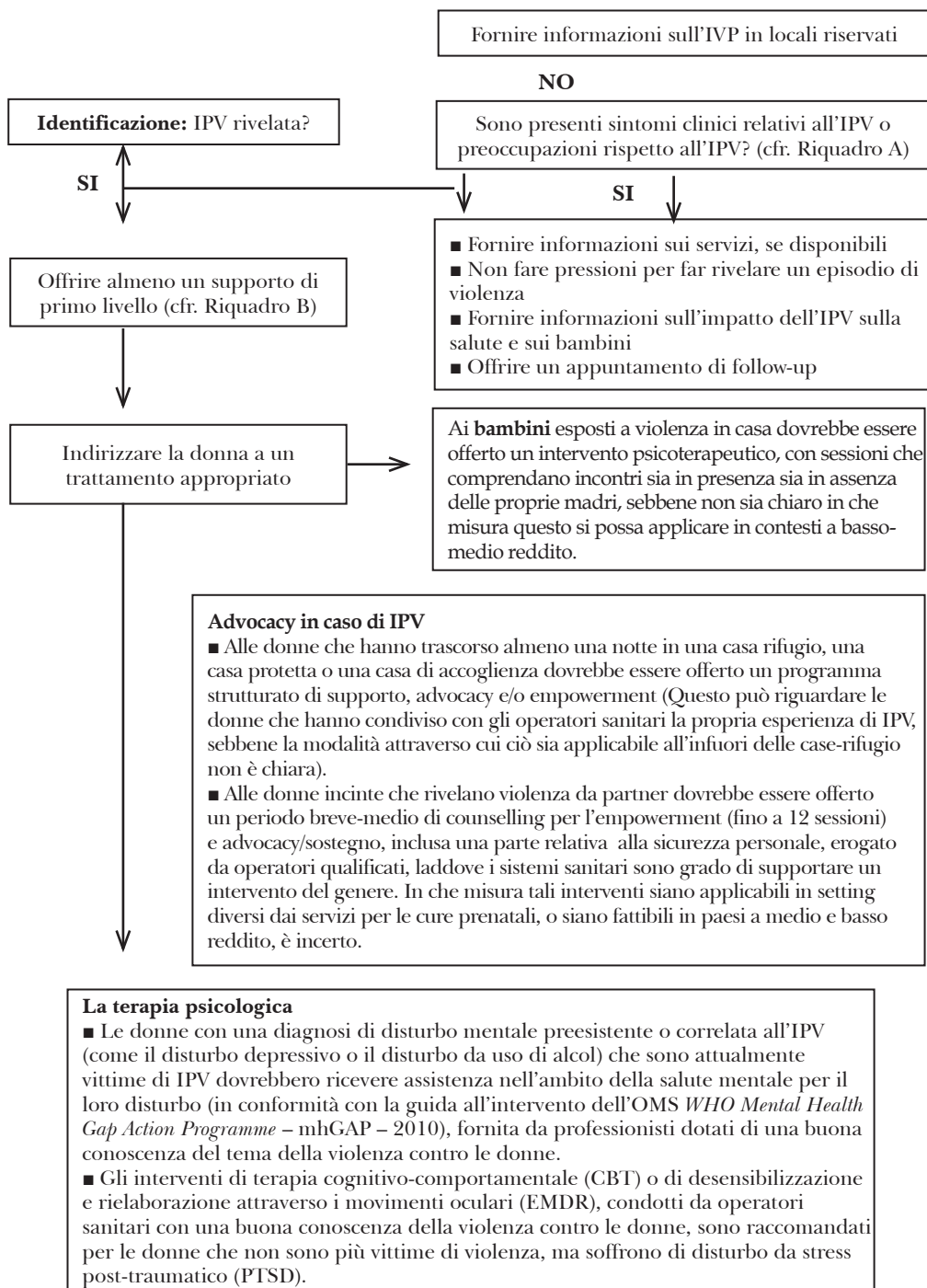
Osservazioni

- (a) Il costo degli interventi psicoterapeutici intensivi focalizzati sulla diade madre-bambino rende ardua la loro applicazione in contesti con risorse limitate.
- (b) Anche la mancanza di operatori qualificati per fornire questo tipo di interventi pone delle difficoltà nei contesti con risorse limitate.

2.2.4 Altri interventi

Sono stati rivisti studi che hanno valutato interventi di scrittura espressiva (Koopman et al. 2005) e di respirazione yogica (Franzblau et al. 2008). Entrambi gli interventi erano erogati a livello territoriale, ma senza alcun collegamento con i servizi sanitari, e gli studi erano di scarsa qualità. Il GDG ha ritenuto le evidenze non sufficientemente forti da formulare alcuna raccomandazione. La **figura 1** riassume il percorso assistenziale rivolto ai casi di violenza da parte del partner e dovrebbe fornire una guida agli operatori circa le modalità di risposta alle donne vittime di tale violenza.

Figura 1. Percorso assistenziale per la violenza da partner (IPV= Intimate Partner Violence – Violenza da parte di un partner intimo)



3. Assistenza clinica delle vittime di aggressione sessuale

L'aggressione sessuale è un'esperienza potenzialmente traumatica e può avere una serie di conseguenze negative a carico della salute mentale, fisica, sessuale e riproduttiva delle donne. Per tali ragioni può rendersi necessaria un'assistenza tempestiva e, talvolta, anche a lungo termine, soprattutto per quanto riguarda la salute mentale.

Vi sono alcune situazioni che possono favorire l'esacerbarsi di episodi di violenza sessuale, tra cui i conflitti armati, i periodi post-bellici, le zone in cui pur in presenza di leggi, vi sono gravi problemi di ordine pubblico, o contesti di migrazione forzata. Nelle carceri, nelle strutture per il trattamento dei disturbi mentali e, in generale, nei contesti in cui le persone sono istituzionalizzate, la prevalenza di episodi di violenza sessuale sembra essere maggiore.

Queste linee-guida non fanno riferimento agli aspetti forensi della violenza sessuale, benché essi siano di grande importanza nell'assistenza delle vittime, le quali potrebbero voler intraprendere un'azione legale.

Per ulteriori informazioni è possibile fare riferimento alle *WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence* (2003), alle *WHO/UNHCR Guidance on clinical management of rape guidelines* (2004) e all'*e-learning programme* (2009).

3.1 Interventi nei primi 5 giorni successivi all'aggressione

3.1.1 Supporto di primo livello

Raccomandazioni

10. Offrire un supporto di primo livello alle donne vittime di aggressione sessuale da parte di qualsiasi persona (cfr. anche la Raccomandazione 1), che comprende:

- **fornire un'assistenza pratica e un supporto, che rispondano alle preoccupazioni della donna, ma che non interferiscano sulla sua autonomia;**
- **ascoltare senza insistere perché risponda e fornisca informazioni;**
- **offrire conforto e contribuire ad alleviare o ridurre l'ansia della vittima;**
- **offrire informazioni e aiutare la donna a mettersi in contatto con i servizi e con altre forme di sostegno sociale.**

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state individuate evidenze indirette^a

Forza della raccomandazione: forte

NOTA

^a Cfr. WHO, 2011.

11. Raccogliere una storia completa, registrando gli eventi occorsi in modo da poter determinare quali sono gli interventi più appropriati, e condurre un esame fisico completo (dalla testa ai piedi, inclusa l'area genitale)^a.

Il resoconto dovrebbe includere:

- il tempo trascorso dalla violenza e il tipo di aggressione;
- il rischio di gravidanza;
- il rischio di HIV e di altre STI;
- lo stato di salute mentale.

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state individuate evidenze indirette (WHO 2002; WHO/UNHCR/UNFPA 2009)

Forza della raccomandazione: forte

3.1.2 Contraccezione di emergenza

L'aggressione sessuale può mettere a rischio di gravidanza indesiderata le donne in età riproduttiva. Sebbene gli studi che hanno indagato la probabilità di gravidanza in seguito a episodi di aggressione sessuale siano poco numerosi, una ricerca condotta negli USA (denominata *National Women's Study*) ha stimato un tasso del 5% di gravidanze conseguenti a uno stupro, nel caso di donne in età riproduttiva (Holmes 1996). La gravidanza conseguente a uno stupro può essere ancora più comune tra le donne che vengono violentate dal proprio partner: un piccolo studio ha evidenziato come la gravidanza fosse il risultato di una violenza sessuale nel 20% delle donne violentate da parte del proprio compagno (McFarlane et al. 2005). L'analisi dei dati dello studio internazionale promosso dall'OMS sulla salute delle donne e la violenza del partner contro le donne dimostra come gli atti di violenza perpetrati da un partner siano significativamente associati con gravidanze indesiderate e aborti (Pallitto et al. 2013).

Sintesi delle evidenze scientifiche

Da una ricerca condotta sulla letteratura scientifica non è stato possibile individuare alcuno studio volto a indagare gli effetti della contraccezione di emergenza nelle vittime di violenza sessuale.

Data l'assenza di evidenze per questa particolare domanda PICOT e dal momento che non vi è alcun motivo di ritenere che gli effetti della contraccezione di emergenza possano essere diversi nelle donne aggredite sessualmente, rispetto alle donne che non hanno subito tali violenze,

NOTA

^a Cfr. WHO 2003, WHO/UNHCR, 2004 e WHO/UNHCR/UNFPA, 2009.

quattro set di linee-guida *evidence-based* in materia di contraccezione di emergenza nella popolazione generale femminile sono state riviste per rendere le raccomandazioni più informative; queste includono:

- *Selected practice recommendations for contraceptive use* (WHO 2004);
- *Guidelines for the management of female survivors of sexual assault*. Relazione della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia (FIGO), Working Group on Sexual Violence/HIV (Jina et al. 2010);
- *Emergency contraception* (American College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010);
- *Interventions for emergency contraception* (Cheng et al. 2008), una revisione sistematica Cochrane.

Confrontando queste linee-guida, rispetto alle terapie farmacologiche raccomandate, emerge che tutti i gruppi di ricerca a eccezione di Cheng e colleghi (Cheng et al. 2008) suggeriscono come trattamento di prima scelta nella contraccezione di emergenza le pillole solo progestiniche, mentre le pillole a combinazione estroprogestinica rappresentano il trattamento di seconda scelta.

Al contrario, Cheng e colleghi (Cheng et al. 2008) raccomandano il mifepristone come prima scelta, seguito dalle pillole per la contraccezione di emergenza solo progestiniche e, successivamente, dalle pillole a combinazione estroprogestinica.

È tuttavia necessario sottolineare che il mifepristone, nel dosaggio necessario per la contraccezione di emergenza, è disponibile solo in quattro paesi e non è raccomandato dall'OMS.

Tutti e quattro i gruppi di ricerca sono concordi nell'affermare che anche i dispositivi intrauterini al rame (IUD) possono essere utilizzati come contraccettivo di emergenza, salvo controindicazioni. Allo stesso modo, i quattro gruppi di ricerca affermano che, se utilizzate, le pillole per la contraccezione di emergenza devono essere assunte al più presto possibile dopo il rapporto sessuale non protetto (o stupro), per massimizzarne l'efficacia; Cheng e colleghi (Cheng et al. 2008) specificano che l'assunzione dovrebbe verificarsi entro le prime 24 ore. Il totale accordo riguarda anche il fatto che questi farmaci possano essere assunti fino a 5 giorni dopo il rapporto sessuale non protetto (o stupro), anche se la loro efficacia diminuisce nel tempo. Due gruppi (l'American College of Obstetricians and Gynaecologists e il Working Group on Sexual Violence/HIV della FIGO) raccomandano l'utilizzo di antiemetici per prevenire la nausea nel caso si opti per un trattamento di contraccezione di emergenza con farmaci a combinazione estroprogestinica. Per contro, l'OMS (2004) raccomanda che gli antiemetici non dovrebbero essere utilizzati di routine; piuttosto, raccomanda che questa decisione si basi sul giudizio clinico e sulla disponibilità dei farmaci. Cheng e colleghi (2008) non

hanno espresso una raccomandazione specifica sugli antiemetici, sebbene essi abbiano rilevato che il trattamento a combinazione estroprogestinica sia comunemente associato con effetti collaterali quali nausea e vomito.

Inoltre, sono stati rivisti recenti studi clinici randomizzati e controllati sull'ulipristal acetato (compresi gli studi di Creinin et al. 2006 e di Glasier 2010); essi suggeriscono che l'ulipristal acetato è efficace quanto il levonorgestrel (e possibilmente più efficace) nella prevenzione della gravidanza se assunto vicino all'ovulazione, e con effetti collaterali piuttosto simili.

Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Il GDG ha concordato sul fatto che le indicazioni per la contraccezione d'emergenza nella popolazione generale si applicano alle donne che hanno subito violenza, e ha di conseguenza elaborato delle raccomandazioni, basandosi sulla revisione delle linee-guida presentate sopra. La FIGO e l'American College of Obstetricians and Gynaecologists hanno classificato la forza delle loro evidenze scientifiche e raccomandazioni, ma utilizzando sistemi differenti^a. La revisione Cochrane (Cheng et al. 2008) non ha classificato la forza delle proprie evidenze. La forza delle raccomandazioni seguenti è quindi basata sulla valutazione delle evidenze fornite nelle linee-guida riviste.

Raccomandazioni

- 12. Offrire una contraccezione d'emergenza alle vittime di aggressione sessuale che si presentano entro 5 giorni dalla violenza, idealmente il più presto possibile dopo l'aggressione, al fine di massimizzare l'efficacia del trattamento.**

Qualità delle evidenze scientifiche: moderata

Forza della raccomandazione: forte

NOTA

^a Le linee-guida della FIGO hanno utilizzato il sistema della Canadian Task Force on Preventive Health Care e hanno classificato le evidenze e le raccomandazioni come I-A, che denota la presenza di evidenze da almeno un rigoroso trial clinico randomizzato e controllato; in tal modo viene ritenuto che ci siano prove sufficienti per raccomandare un'azione clinica preventiva. L'American College of Obstetricians and Gynaecologists ha invece utilizzato l'approccio della US Preventive Services Task Force e le ha classificate di livello B, vale a dire una raccomandazione basata su evidenze scientifiche limitate o inconsistenti.

Osservazioni

- (a) Se utilizzata, la contraccezione di emergenza dovrebbe essere assunta il più presto possibile dopo lo stupro, in quanto è più efficace se somministrata nei primi 3 giorni; può comunque essere somministrata fino a 5 giorni dopo l'evento (120 ore).

13. Il personale sanitario dovrebbe offrire il levonorgestrel, se disponibile. È raccomandata una singola dose da 1,5 mg, poiché è efficace quanto due dosi da 0,75 mg somministrate a distanza di 12-24 ore.

- **Se il levonorgestrel NON è disponibile, può essere proposto un farmaco estroprogestinico combinato, insieme ad antiemetici se disponibili.**
- **Se la contraccezione orale di emergenza non è disponibile, e ne è stata accertata la fattibilità, è possibile offrire dispositivi intrauterini al rame (IUD) alle donne che vogliono prevenire un'eventuale gravidanza. Tenendo in considerazione il rischio di STI, l'IUD può essere inserito fino a 5 giorni dopo l'aggressione sessuale, per le donne che risultano idonee dal punto di vista medico (cfr. *WHO-medical eligibility criteria 2010*).**

Qualità delle evidenze scientifiche: moderata

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) Il GDG ha discusso alcune delle controindicazioni e degli effetti collaterali dei farmaci. Le pillole contraccettive di emergenza presenti sul mercato sono estremamente sicure e ben tollerate, e soddisfano i criteri per la prescrizione senza ricetta medica.
- (b) Lulipristal acetato è un farmaco relativamente nuovo che sembra essere efficace tanto quanto il levonorgestrol (o anche più). Mentre il profilo degli effetti collaterali sembra simile a quello del levonorgestrol, l'ulipristal acetato non è ancora stato incluso nell'elenco farmaci essenziali stilato dall'OMS (WHO 2011), sebbene future evidenze scientifiche potrebbero modificare questa situazione. Il levonorgestrel rimane comunque più economico ed è relativamente disponibile su larga scala.
- (c) Il rischio maggiore di malattie a trasmissione sessuale conseguente allo stupro dovrebbe essere considerato se si utilizza un dispositivo IUD. Gli IUD sono un metodo efficace di contraccezione di emergenza e

dovrebbero essere resi disponibili per le donne che richiedono una contraccezione d'emergenza.

- (d) Un test di gravidanza non è obbligatorio, ma se viene fatto e il risultato è positivo, la contraccezione d'emergenza non è necessaria o efficace.

14. Se una donna si presenta dopo il tempo limite per la contraccezione d'emergenza (5 giorni), la contraccezione d'emergenza fallisce, o la donna è incinta a seguito dello stupro, le dovrebbe essere proposta un'interruzione volontaria di gravidanza, in conformità con le normative nazionali.

Qualità delle evidenze scientifiche: non è stata individuata alcuna evidenza rilevante

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) Se l'aborto non è consentito, altre opzioni come l'adozione dovrebbero essere considerate assieme alla vittima.

3.1.3 Profilassi post-esposizione ad HIV: trattamento e aderenza al trattamento

L'aggressione sessuale può essere associata alla trasmissione dell'HIV. Mentre il tasso di trasmissione sessuale del virus HIV è bassa (Boily et al. 2009), è difficile stabilirne il rischio ed esistono diverse caratteristiche dell'aggressione (potenziale presenza di lacerazioni, molteplici aggressori) che possono influenzare questo rischio. Pertanto, in particolare in contesti ad alto rischio, forti considerazioni etiche suggeriscono la messa a disposizione di una profilassi post-esposizione (PEP) per l'infezione da HIV.

Sintesi delle evidenze scientifiche: trattamento

Da un'analisi della letteratura scientifica, non è stato individuato alcuno studio che abbia esaminato gli effetti della PEP per l'HIV nelle vittime di violenza sessuale, e che soddisfi tutti i criteri specificati nelle domande PICOT; tuttavia, sono stati identificati quattro studi (Wiebe et al. 2000; Drezett 2002; Garcia et al. 2005; Roland et al. 2012) che hanno indagato gli effetti della PEP per l'HIV tra le vittime di aggressione sessuale, sebbene essi non soddisfino tutti i criteri PICOT. Questi studi sono stati rivisti allo scopo di far luce su questo importante argomento.

Due di questi quattro studi sono di tipo controllato e hanno utilizzato un disegno di ricerca di tipo prospettico con un follow-up, al fine di comparare la sieroconversione dell'HIV tra le vittime di aggressione sessuale a cui era stata prescritta la PEP per l'HIV, con vittime di violenza sessuale a cui la PEP per l'HIV non era stata prescritta (Drezett 2002; Garcia et al. 2005). Gli altri due studi di coorte (Wiebe et al. 2000; Roland et al. 2012), con un disegno di tipo prospettico con un follow-up, hanno analizzato la sieroconversione tra le vittime di aggressione sessuale a cui era stata prescritta a tutti la PEP per l'HIV (in questo caso gli studi non hanno incluso un gruppo di controllo). Ciascuno di questi studi presenta importanti limiti metodologici, tra cui appunto la mancanza di un gruppo di controllo, i campioni di piccole dimensioni, e il basso tasso di risposta al follow-up. Inoltre, in tre di questi studi (Wiebe et al. 2000; Garcia et al. 2005; Roland et al. 2012) i campioni comprendevano anche uomini, ma non sono state condotte analisi, stratificando per genere, che riportassero esclusivamente i risultati delle donne; un'analisi di particolare interesse per questa revisione dell'OMS avrebbe dovuto riguardare le donne vittime di aggressione sessuale. Inoltre, la ricerca è stata condotta in soli tre paesi: Brasile, Canada e Sud Africa, e ciò limita inevitabilmente la generalizzabilità dei risultati.

I risultati di uno solo dei due studi prospettici controllati hanno evidenziato che, rispetto a nessun intervento di PEP per l'HIV (Drezett 2002), la profilassi ha ridotto la probabilità di sieroconversione HIV. Nei due studi di coorte non controllati di follow-up, i tassi di sieroconversione variavano dallo 0% al 3,7% (Wiebe et al. 2000; Roland et al. 2012).

Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni: trattamento

Poiché la ricerca sulla PEP per l'HIV in vittime di aggressione sessuale è limitata, ed è estremamente improbabile che saranno condotti trial clinici su questo tema (a causa di ragioni etiche e logistiche), le raccomandazioni devono essere formulate estrapolando i risultati da ricerche condotte in altri ambiti, tra cui gli studi su animali e la ricerca su persone che non sono state vittime di aggressione sessuale.

Ad esempio, dai risultati di uno studio caso-controllo è emerso che un breve trattamento con terapia antiretrovirale riduce efficacemente la trasmissione dell'HIV conseguente all'esposizione a causa di ferite percutanee (Cardo et al. 1997). Le raccomandazioni sviluppate per questo documento hanno quindi preso in considerazione altre linee-guida relative a tale argomento (CDC 2010; Jina et al. 2010; WHO 2008).

Il GDG ha discusso la generalizzabilità delle evidenze in tutte le situazioni. Molte donne non completano i 28 giorni di trattamento PEP per l'HIV richiesti perché la terapia sia efficace: ciò può essere dovuto agli effetti collaterali di alcuni farmaci, ed anche essere in relazione alle

conseguenze emotive dell'aggressione sessuale. In aggiunta, vi sono implicazioni logistiche e di risorse rispetto all'erogazione della PEP per l'HIV. Per questo motivo, il GDG ha messo in dubbio il fatto che la PEP per l'HIV debba essere utilizzata di routine in luoghi in cui la prevalenza stimata di HIV è bassa. È stato suggerito che i sistemi sanitari stabiliscano un valore di prevalenza, al di sotto del quale la PEP per l'HIV non è proposta di routine. Inoltre, in alcune circostanze, il rischio che l'aggressore possa infettare la donna è basso: si è pertanto convenuto che, in particolare in contesti a bassa prevalenza, il rischio dovrebbe essere discusso con la donna interessata, prima che la PEP per l'HIV sia proposta.

Sintesi delle evidenze scientifiche: aderenza al trattamento

Da un'analisi della letteratura scientifica non sono stati trovati studi che abbiano esaminato l'efficacia di interventi volti a migliorare l'aderenza alla PEP per l'HIV nelle vittime di aggressione sessuale, e che soddisfino tutti i criteri specificati nelle domande PICOT. Tuttavia, è stato identificato uno studio (Abrahams et al. 2010) che ha esaminato questo argomento, anche se non ha soddisfatto tutti i criteri PICOT (vale a dire che il campione includeva sia bambine che donne adulte vittime di aggressioni sessuali, senza analisi di sottogruppo effettuate esclusivamente sulle vittime adulte). Questo studio è stato quindi preso in considerazione per far luce su questo importante argomento. Abrahams e colleghi (Abrahams et al. 2010) hanno esaminato se il supporto psicosociale fornito per via telefonica aumentasse l'aderenza al trattamento con la PEP per l'HIV; il campione oggetto di studio comprendeva bambine e donne adulte vittime di aggressione sessuale, risultate negative per il virus dell'HIV quando si erano presentate a quattro servizi dedicati alle vittime di violenza sessuale in un'area urbana e un'area rurale del Sud Africa. Le partecipanti sono state randomizzate a un gruppo che avrebbe ricevuto un foglio illustrativo comprendente un diario per l'aderenza al trattamento, o a un gruppo che avrebbe ricevuto, oltre al foglio illustrativo sopracitato, anche il supporto psicosociale telefonico. L'aderenza alla PEP per l'HIV è stata valutata nel corso di un'intervista condotta nei primi cinque giorni dopo il periodo nel quale i pazienti dovrebbero seguire tale profilassi (della durata complessiva di 28 giorni). Anche se questo studio ha utilizzato un disegno di ricerca robusto al fine di condurre tale valutazione, esso presenta anche vari limiti metodologici: ad esempio, per quasi un terzo dei partecipanti, la valutazione dell'esito primario di interesse (l'aderenza alla PEP per l'HIV) era basata sui report delle vittime rispetto alla quantità di farmaci che esse avevano assunto o meno; questo tipo di misurazione è potenzialmente inaffidabile, nonostante a tutti i soggetti sia stato fornito

un diario per registrare l'assunzione dei farmaci. Inoltre, non sono state condotte analisi stratificate relative alle sole partecipanti adulte, analisi di grande rilievo nella presente revisione.

I risultati di questo studio hanno mostrato che tale intervento non era efficace: vi erano livelli simili di aderenza estremamente scarsa alla PEP per l'HIV sia nel gruppo sperimentale, sia nel gruppo di controllo.

Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni: aderenza al trattamento

Considerando che è stato identificato un solo studio rispetto a tale argomento, per di più con un esito negativo in quanto l'intervento non si è dimostrato efficace nell'incrementare l'aderenza alla PEP per l'HIV, mancano solide evidenze scientifiche su questo argomento, sulle quali basarsi per formulare le raccomandazioni. Dal proprio punto di vista, il GDG ritiene che, nonostante l'aderenza sia un tema importante da affrontare in relazione alla PEP per l'HIV, le evidenze scientifiche attuali non consentono di proporre un approccio efficace per migliorare l'aderenza stessa.

Raccomandazioni

- 15. Prendere in considerazione la possibilità di offrire una profilassi post-esposizione (PEP) per l'HIV alle donne che si presentano entro 72 ore da un'aggressione sessuale. Utilizzare un processo decisionale condiviso con la donna per determinare se la PEP per l'HIV è appropriata (WHO 2007).**

Qualità delle evidenze scientifiche: molto bassa, basata su evidenze indirette (cf: WHO/ILO [International Labour Organization] 2008)

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) La PEP deve essere iniziata al più presto possibile dopo l'aggressione, possibilmente entro poche ore e non oltre le 72 ore dalla violenza.
- (b) Per i contesti a bassa prevalenza, la scelta di proporre la PEP per l'HIV come trattamento di routine deve tenere in considerazione la realtà locale, le risorse disponibili, le opportunità e i costi di tale scelta.

16. Discutere il rischio di HIV per determinare l'uso della PEP con la vittima, tra cui:

- prevalenza dell'infezione da HIV nella zona geografica in cui è avvenuta l'aggressione;
- limitazioni connesse alla PEP^a;
- caratteristiche dell'aggressore (anche rispetto all'HIV), se noto;
- caratteristiche dell'aggressione, tra cui il numero di aggressori;
- effetti collaterali dei farmaci antiretrovirali usati per la PEP;
- probabilità di trasmissione del virus HIV.

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state individuate evidenze indirette (WHO 2008)

Forza della raccomandazione: forte

17. Se la PEP per l'HIV viene utilizzata:

- avviare il trattamento appena possibile ed entro 72 ore dall'aggressione;
- al primo contatto, eseguire un test HIV e fornire un servizio di consulenza;
- garantire alla paziente un follow-up a intervalli regolari;
- regimi a due farmaci (con un dosaggio combinato fisso) sono generalmente da preferire rispetto ai regimi a tre farmaci, dando priorità ai farmaci con minori effetti collaterali;
- la scelta del farmaco e dei regimi farmacologici dovrebbe seguire le linee-guida nazionali.

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state individuate evidenze indirette (WHO 2008)

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) La scelta dei farmaci da utilizzarsi nella PEP dovrebbe essere basata sul regime antiretrovirale per l'HIV di prima scelta utilizzato a livello nazionale.

18. Un servizio di counselling rispetto all'aderenza al trattamento dovrebbe essere un elemento importante quando si propone la PEP per l'HIV.

NOTA

^a In due studi di coorte sulla PEP per l'HIV, i tassi di sieroconversione variavano tra lo 0% e il 3,7%).

Qualità delle evidenze scientifiche: molto bassa, basata su evidenze indirette

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) Molte donne vittime di aggressione sessuale a cui è stata proposta la PEP per l'HIV non l'hanno completata con successo perché tale trattamento provoca effetti collaterali fisici come nausea e vomito, può indurre pensieri dolorosi rispetto allo stupro, e può inoltre essere messo in secondo piano rispetto ad altre questioni che le vittime di violenza si trovano a dover affrontare nella loro vita. Gli operatori sanitari dovrebbero essere consapevoli che una buona aderenza al trattamento è molto difficile da raggiungere, e sono necessari sforzi per assicurarsi che essa sia ottenuta. Finora, non è stato identificato nessun intervento efficace in tale direzione.

Osservazioni generali

- (a) È importante determinare le circostanze dello stupro e l'appropriatezza dell'utilizzo della PEP per l'HIV. Le *Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection* (WHO 2007, p. 52) hanno raccomandato i seguenti criteri di ammissibilità per l'utilizzo della PEP per l'HIV in seguito all'aggressione sessuale:
- stupro (con penetrazione) avvenuto nelle 72 ore precedenti;
 - sieropositività dell'aggressore positiva o sconosciuta;
 - la vittima esposta al contagio non risulta essere fino a quel momento infetta da HIV (necessità di offrire il test HIV in fase di consultazione);
 - rischio di esposizione accertato, come ad esempio:
 - rapporto vaginale o anale ricettivo senza profilattico, o con un profilattico che si è rotto o sfilato; oppure
 - contatto del sangue o sperma dell'aggressore con le mucose o la cute non intatta della vittima durante la violenza;
- oppure
- sesso orale con eiaculazione;
- oppure
- la donna violentata è stata drogata o era in stato di coscienza alterata al momento della presunta aggressione, e la natura della potenziale esposizione è incerta;
- oppure
- la donna è stata violentata da più persone.
- (b) Si raccomanda il test HIV prima della PEP, ma tale test non dovrebbe

precludere la possibilità di proporre la PEP. Tuttavia, alle persone con infezione da HIV non deve essere somministrata la PEP, ma esse dovrebbero essere indirizzate verso una terapia antiretrovirale e un servizio assistenziale.

- (c) I responsabili delle politiche sanitarie dovrebbero prendere in considerazione l'inclusione della PEP per l'HIV negli interventi di routine post-stupro basandosi sui tassi di prevalenza locale e considerando le risorse disponibili e gli aspetti etici della questione.

3.1.4 Profilassi post-esposizione per le infezioni a trasmissione sessuale (sexually transmitted infections, STI)

Sintesi delle evidenze scientifiche

Da un'analisi della letteratura scientifica non sono stati trovati studi che hanno esaminato gli effetti della PEP per le STI fornite dai servizi sanitari alle donne vittime di aggressione sessuale. Vi è scarsità di evidenze rispetto a questa particolare questione PICOT e non vi è alcun motivo di pensare che gli effetti della PEP per le STI siano diversi nelle donne che sono state aggredite sessualmente, rispetto alle donne che non hanno subito violenza; per tale motivo le organizzazioni/gruppi sanitari, tra cui i centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) (2010) e il *Working Group on Sexual Violence and HIV* della FIGO (Jina et al. 2010) hanno basato le loro raccomandazioni su evidenze emerse in studi effettuati su altre popolazioni, sulle opinioni degli esperti e sulle relazioni di comitati di esperti. Pertanto, questi due gruppi di recenti linee-guida evidence-based riguardanti la PEP per le STI sono stati rivisti per rendere le raccomandazioni maggiormente informative.

Confrontando le linee-guida su questo tema prodotte dal CDC e dalla FIGO, emerge un generale accordo: entrambi raccomandano che alle donne che hanno subito un'aggressione sessuale sia fornita la profilassi/trattamento per clamidia, gonorrea e trichomonas; tuttavia, le linee-guida FIGO raccomandano anche la profilassi/trattamento per la sifilide. Le linee-guida sia del CDC, sia della FIGO raccomandano che le donne possano ricevere anche la vaccinazione per l'epatite B; tuttavia, le linee-guida CDC suggeriscono in questo caso di utilizzare l'immunoprofilassi passiva, senza la somministrazione di immunoglobuline.

Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Come per la sezione precedente relativa alla contraccezione d'emergenza, le evidenze sono state ricavate da studi condotti sulla

popolazione generale, ipotizzando che l'efficacia della PEP per le STI sia simile anche nelle donne vittime di aggressione sessuale. Il GDG ha ritenuto che, per testare e poi fornire un intervento efficace, è necessario disporre di uno scarto temporale, che però espone al rischio che la donna non si presenti al trattamento o alla valutazione dei risultati. Pertanto, il GDG ha raccomandato un trattamento presuntivo per le STI, senza test preliminari. Considerando che le raccomandazioni fornite di seguito sono basate sulle linee-guida del CDC (che non danno indicazioni rispetto alla forza delle evidenze e delle raccomandazioni), e sulle linee-guida della FIGO (che hanno invece incluso queste informazioni) la forza di queste evidenze nelle raccomandazioni sotto elencate è definita dalla miglior valutazione delle evidenze fornite da queste linee-guida.

Raccomandazioni

19. Alle donne vittime di aggressione sessuale dovrebbe essere offerta una profilassi/trattamento preventivo per:

- clamidia;
- gonorrea;
- trichomonas;
- sifilide, a seconda della prevalenza nell'area geografica.

La scelta del farmaco e dei regimi dovrebbe seguire le indicazioni nazionali.

Qualità delle evidenze scientifiche: basata su evidenze indirette; bassa-molto bassa

Forza della raccomandazione: forte

20. L'immunoprofilassi passiva per l'Epatite B, senza immunoglobuline, dovrebbe essere proposta in accordo con le indicazioni nazionali.

- Fare un prelievo ematico per verificare lo status di epatite B prima di somministrare la prima dose di vaccino;
- Se il soggetto risulta immune, non è richiesto alcun ulteriore ciclo di vaccinazione.

Qualità delle evidenze scientifiche: basata su evidenze indirette; molto bassa

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

(a) Il trattamento presuntivo è preferibile ai test per le STI, al fine

di evitare inutili ritardi. Pertanto, il GDG non raccomanda test preliminari prima del trattamento.

3.2 Interventi psicologici/di salute mentale

3.2.1 Interventi da condurre nei primi giorni successivi all'aggressione

Sintesi delle evidenze scientifiche

Da un'analisi della letteratura scientifica sono stati individuati nove studi che hanno valutato gli effetti degli interventi nell'ambito della salute mentale offerti dai servizi sanitari alle donne vittime di aggressione sessuale; di questi, uno ha soddisfatto tutti i criteri PICOT (Echeburua et al. 1996) e gli altri otto ne hanno soddisfatti la maggior parte (Rothbaum 1997; Resick et al. 1988, 2002; Resick e Schnicke 1992; Foa et al. 1991; Rothbaum et al. 2005; Galovski et al. 2009; Anderson et al. 2010). Ognuno di questi studi è stato rivisto.

I nove studi hanno valutato dieci tipi di terapie nell'ambito della salute mentale (training assertivo, espressione emotiva clinicamente assistita, terapia basata sull'elaborazione cognitiva, ristrutturazione cognitiva e abilità di coping, desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari [EMDR cfr. Glossario], esposizione prolungata, rilassamento muscolare progressivo, terapia dell'inoculazione dello stress, counselling supportivo, psicoterapia supportiva e percorsi informativi). Le prime quattro tipologie di intervento, assieme all'esposizione prolungata e alla terapia dell'inoculazione dello stress, rappresentano differenti forme di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) (cfr. Glossario).

Sette studi si sono focalizzati su terapie individuali, e gli altri due su terapie di gruppo; gli interventi erano organizzati in sessioni e avevano una durata piuttosto breve (da 10 giorni a 12 settimane), con un monte ore totale dedicato alle terapie che variava da 5 a 18 ore.

A livello metodologico, tali studi presentano sia punti di forza, sia limiti. Rispetto ai punti di forza, sei dei nove studi hanno utilizzato un disegno di ricerca randomizzato e controllato, uno ha condotto un'analisi secondaria dei dati di un trial randomizzato e controllato, e due sono studi controllati ma non randomizzati. In tutti gli studi è stata condotta una valutazione con strumenti standardizzati, al fine di valutare, nella maggior parte degli studi, molteplici esiti. Le limitazioni hanno riguardato spesso: la realizzazione di valutazioni non in cieco, l'elevato tasso di abbandono al follow-up e l'assenza di analisi intention-

to-treat¹ e di controllo per variabili confondenti.

Inoltre, gli studi prevedevano spesso criteri di esclusione multipli, tra cui comorbidità psicologiche/psichiatriche, abuso/dipendenza da sostanze, e/o aver vissuto, o vivere attualmente, varie forme di violenza da partner e/o di incesto; dal momento che molte vittime di aggressione sessuale presentano però queste problematiche, la generalizzabilità dei risultati di questi studi a tutte potrebbe essere discutibile. Inoltre, molti studi si sono focalizzati su vittime di aggressione sessuale che hanno subito l'aggressione più recente almeno 3 mesi prima dello studio, anche se molte delle partecipanti riportavano l'aggressione più recente come risalente a diversi anni prima. Anche se questo criterio di inclusione può essere giustificato dal fatto che gli sperimentatori hanno cercato di includere solo le donne i cui sintomi correlabili alla violenza non fossero "spontaneamente" diminuiti con il tempo (o che soddisfacessero i criteri diagnostici per il PTSD indicati nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali* [American Psychiatric Association 1994], che comprendono il fatto che l'esposizione all'evento traumatico debba essersi verificata almeno 1-3 mesi prima), esso può limitare la generalizzabilità dei risultati, in particolare per le donne che cercano assistenza subito dopo l'aggressione. Inoltre, la maggior parte degli studi hanno dimensioni campionarie estremamente ridotte.

Infine, va osservato che otto dei nove studi sono stati condotti negli Stati Uniti, e otto dei nove studi si sono focalizzati su campioni clinici. Nel loro insieme, i risultati sembrano suggerire che interventi terapeutici relativamente brevi nell'ambito della salute mentale, in particolare diverse forme di CBT nonché l'EMDR, possono migliorare la salute psicologica di molte donne adulte che hanno subito un'aggressione sessuale. Inoltre, anche se questi interventi sembrano essere più utili rispetto a nessun trattamento, gli studi non dimostrano inequivocabilmente che un particolare tipo di terapia sia nettamente migliore degli altri.

Infine, visti i pochi studi su questa specifica popolazione e la varietà degli interventi valutati (ed alcuni interventi sono stati valutati in un singolo studio), nonché i già citati dubbi rispetto alle metodologie utilizzate, si raccomanda prudenza nel formulare delle raccomandazioni basate su evidenze scientifiche limitate. Le raccomandazioni hanno quindi considerato un più ampio insieme di evidenze, riguardanti interventi in ambito di salute mentale per tutte le vittime di traumi, non solo per le vittime di aggressione sessuale (Bisson et al. 2007).

NOTA DEL TRADUTTORE

¹ In epidemiologia, l'analisi intention to treat (ITT) è un'analisi statistica che, nella valutazione di un esperimento, si basa sugli intenti iniziali di trattamento e non sui trattamenti effettivamente somministrati.

In questo modo vengono considerati tutti i pazienti trattati, compresi quelli che hanno abbandonato l'esperimento e non solo quelli che hanno concluso lo studio.

Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

La forza delle raccomandazioni rispetto agli effetti degli interventi in ambito di salute mentale indirizzati alle vittime di aggressione sessuale è limitata a causa dello scarso numero di studi disponibili, e dei limiti metodologiche degli stessi. Tuttavia, la ricerca in questo ambito ha fornito alcune evidenze, suggerendo di proporre alle vittime interventi specifici, come la CBT (in particolare la terapia basata sull'elaborazione cognitiva, l'esposizione prolungata e la terapia dell'inoculazione dello stress) e l'EMDR, che sembra contribuiscano ad un miglioramento sul piano psicologico, anche rispetto al PTSD. Ciò è supportato da evidenze di tipo più generale, valutando l'efficacia di questi approcci in persone che hanno vissuto traumi di diversa natura. Il GDG ha anche discusso la disponibilità di risorse: le terapie complesse, che devono essere condotte da specialisti, sono più difficilmente disponibili o potrebbero richiedere lunghi tempi d'attesa in molti paesi, sebbene i costi di tali interventi dovrebbero essere considerati alla luce dei costi sociali e umani causati dalle violenze sessuali. Da notare però che sono in corso dei tentativi volti a semplificare e testare queste terapie nei servizi di medicina generale (lo studio di Rahman et al. 2008 sulla CBT condotto da donne della comunità con una formazione sanitaria –*“lady health workers”*– per la depressione materna). Questo approccio necessita di essere giudicato e valutato al di là di un setting di ricerca, in cui si tende a utilizzare livelli più elevati di aderenza e di controllo del protocollo di ricerca per dimostrare l'efficacia di un trattamento. Oltre alle evidenze sopra riassunte, il GDG ha revisionato la pubblicazione dell'OMS *Psychological first aid* (WHO 2011), che fornisce un orientamento rispetto a varie situazioni di crisi, la guida dell'OMS (WHO 2010) *mhGAP intervention guide for treating mental, neurological and substance use disorders for nonspecialist health settings* e le linee-guida dell'OMS per il trattamento farmacologico dei disturbi mentali in medicina generale (WHO 2009), che mirano a migliorare l'erogazione di servizi di salute mentale a livello di medicina generale. *Psychological first aid* è una forma molto semplice di supporto psicologico (cfr. Raccomandazioni 1 e 10), adatto al setting della medicina generale, con limitate o nessuna possibilità di invio ad altri servizi.

Raccomandazioni

21. Continuare a offrire supporto e assistenza così come descritto nella Raccomandazione 10.

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state identificate evidenze indirette (WHO 2011, Psychological first aid)

Forza della raccomandazione: forte

- 22. Fornire informazioni scritte sulle strategie di coping utili per affrontare stati di grave stress (con le opportune avvertenze circa il portare a casa materiale stampato, qualora vi sia presente un partner violento).**

Qualità delle evidenze scientifiche: non è stata identificata alcuna evidenza rilevante

Forza della raccomandazione: forte

- 23. Il debriefing psicologico non dovrebbe essere utilizzato.**

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa-molto bassa (WHO 2011, Psychological first aid)

Forza della raccomandazione: forte

3.2.2 Interventi fino a 3 mesi dal trauma

- 24. Continuare a offrire supporto e assistenza così come descritto nella Raccomandazione 10.**

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state identificate evidenze indirette (WHO 2011, Psychological first aid)

Forza della raccomandazione: forte

- 25. A meno che la persona sia depressa, presenti problemi relativi all'uso di alcol o sostanze, esibisca sintomi psicotici, condotte suicidarie o autolesive, o abbia difficoltà di funzionamento nelle attività quotidiane, si osservi un atteggiamento di "vigile attesa" per 1-3 mesi dopo l'episodio. Una vigile attesa implica che si spieghi alla donna che è probabile che migliorerà con il passare del tempo, offrendole la possibilità di tornare per un ulteriore supporto, fissandole regolari appuntamenti di follow-up.**

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa-molto bassa (WHO 2010)

Forza della raccomandazione: forte

- 26. Se la persona è fortemente menomata da sintomi conseguenti allo stupro (vale a dire che non riesce a funzionare nelle attività quotidiane), occorre effettuare un intervento di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR), da parte di un operatore sanitario che abbia un'adeguata formazione sul tema della violenza sessuale.**

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa- moderata
Forza della raccomandazione: forte

- 27. Se la persona ha altri problemi di salute mentale (sintomi di depressione, problemi correlati all'uso di sostanze o alcol, condotte suicidarie o autolesive), fornire assistenza in conformità con la *WHO mhGAP intervention guide* (WHO 2010).**

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state individuate evidenze indirette, variabili (a seconda degli interventi, cfr. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)
Forza della raccomandazione: forte

3.2.3 Gli interventi dopo 3 mesi dal trauma

- 28. Valutare se vi sono problematiche di salute mentale (sintomi da stress acuto/PTSD, depressione, problemi di uso di alcol e sostanze e condotte suicidarie o autolesive) e trattare la depressione, i problemi da uso di alcol e altri disturbi di salute mentale utilizzando la *WHO mhGAP intervention guide*, 2010^b che include i protocolli clinici evidence-based dell'OMS per i problemi di salute mentale.**

Qualità delle evidenze scientifiche: sono state individuate evidenze indirette, variabili (a seconda degli interventi, cfr. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)
Forza della raccomandazione: forte

- 29. Se è stato accertato che la donna soffre di un disturbo da stress post-traumatico (PTSD), occorre pianificare un trattamento per il PTSD attraverso una terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari.**

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa- moderata
Forza della raccomandazione: forte

3.2.4 Osservazioni generali

- (a) Considerare i potenziali danni di una psicoterapia (compresa la CBT) quando non viene condotta nella maniera corretta su vittime potenzialmente vulnerabili. Sono essenziali il consenso informato e l'attenzione alla sicurezza della persona in trattamento. La terapia

dovrebbe essere condotta da un operatore sanitario ben addestrato nel campo della violenza sessuale.

- (b) Quando si effettua una valutazione e una pianificazione del trattamento, dovrebbero essere considerate le condizioni psichiatriche pre-esistenti e, qualora necessario, anche il trattamento o l'invio ad altri servizi suggeriti dalla *mhGAP intervention guide* dell'OMS (WHO 2010). Le donne con problemi di salute mentale e/o problemi di abuso di sostanze possono essere a maggior rischio di stupro rispetto ad altre donne: quindi è probabile che, tra le vittime di violenza sessuale, ci sia una maggiore prevalenza di problemi pre-esistenti di salute mentale e di abuso di sostanze, rispetto alle donne che non hanno subito violenza. Analogamente, dovrebbero essere considerati anche gli eventi traumatici precedenti (ad esempio abuso sessuale durante l'infanzia, violenza del partner, traumi legati a conflitti bellici ecc).
- (c) È importante riconoscere che la violenza sessuale a volte è perpetrata da un persona che vive con la vittima: essa può essere non solo un partner, ma un altro membro della famiglia, come ad esempio un patrigno, un parente acquisito, un amico di famiglia, o altro.
- (d) La maggior parte delle donne dovrebbe avere accesso a interventi di supporto individuali o di gruppo anche da parte di operatori volontari, idealmente basati sui principi del *Psychological first aid* (WHO 2011).

La **figura 2** mostra il percorso assistenziale di una donna che si presenta ai servizi per violenza sessuale e dovrebbe aiutare gli operatori a fornire una risposta adeguata alle richieste di una vittima di aggressione.

4. Formazione degli operatori sanitari sulla violenza da partner e sessuale

4.1 Sintesi delle evidenze scientifiche

Sono state ricercate evidenze scientifiche per:

- gli effetti degli interventi di formazione per gli operatori sanitari sulla violenza da un partner intimo e sulla violenza sessuale, che mirano al miglioramento di: (i) competenze/abilità dell'operatore e/o (ii) esiti per le donne;
- gli elementi dei corsi di formazione che migliorano le competenze e le capacità degli operatori di rispondere in maniera appropriata ai bisogni delle donne vittime di violenza e/o migliorano gli esiti per le donne;
- efficacia della formazione per gli operatori sanitari sulla violenza da partner e sessuale durante il corso degli studi.

4.1.1 *Interventi di training sulla violenza del partner*

Dalla revisione delle evidenze rispetto agli effetti degli interventi formativi per operatori sanitari, nell'ambito della violenza da partner, è emerso come la maggior parte degli studi abbiano evidenziato un certo miglioramento nelle competenze degli operatori a seguito di un intervento formativo. Tuttavia, vi sono poche evidenze a sostegno degli interventi in cui gli operatori sanitari sono addestrati solo all'identificazione dei casi di violenza da parte del partner, senza una formazione adeguata rispetto al trattamento e all'invio ai servizi (Coonrod et al. 2000). Eppure, molti interventi attuali si concentrano solo sull'identificazione delle violenze: interventi formativi che coprono molteplici aspetti della violenza da partner (identificazione della violenza, competenze cliniche necessarie, documentazione e procedure di invio ai servizi) e che utilizzano tecniche interattive sembrano migliorare i tassi di corretta identificazione delle violenze e sembrano modificare le attitudini e il comportamento degli operatori sanitari.

Pochissimi studi hanno valutato l'impatto di questi interventi formativi sugli esiti delle donne vittime di violenza del partner (Campbell et al. 2001; Dubowitz et al. 2011; Feder et al. 2011); la maggior parte delle evidenze proviene da paesi ad alto reddito, mentre per i paesi a basso e medio reddito gli studi sono meno numerosi e di qualità più bassa (PRIME 2002; Grisurapong 2004; Bott et al. 2005). Negli studi condotti in paesi ad alto reddito, sono emerse alcune evidenze a sostegno di interventi brevi (da 20 minuti a 1,5 giorni di formazione), a più contenuti, multimediali e interattivi che prevedevano discussioni, simulazioni e *role-playing* al fine di formare gli operatori sanitari in tutti gli aspetti della violenza da partner, tra cui l'identificazione, la gestione e l'offerta di collegamenti con i servizi territoriali.

Tuttavia, non vi è alcuna prova conclusiva su quale impatto questi interventi possano avere sugli atteggiamenti e le credenze riguardanti la violenza da partner, sull'invio ai servizi, o sui loro esiti; questi ultimi sono raramente presi in esame nelle valutazioni degli interventi formativi. Vi è qualche evidenza scientifica rispetto al fatto che gli interventi formativi sulla violenza da parte del partner insieme ad altri cambiamenti nei sistemi assistenziali e nei percorsi di invio ai servizi, possano essere più utili nel migliorare l'identificazione della violenza e forse anche gli esiti delle vittime, rispetto al solo training (Lo Fo Wong et al. 2006; Garg et al. 2007).

La maggior parte degli studi era di bassa o bassissima qualità e non riportava dati sugli effetti a lungo termine di tali interventi.

4.1.2 Interventi di training sull'aggressione sessuale

Sono stati individuati solo quattro studi (Parekh et al. 2005; McLaughlin et al. 2007; Donohoe 2010; Milone et al. 2010) che hanno analizzato gli effetti di interventi di training per gli operatori sanitari sulla violenza sessuale contro le donne. Ognuno di questi studi si è concentrato sui risultati ottenuti dagli operatori sanitari che hanno partecipato al training, ma nessuno ha esaminato se questa formazione si sia tradotta in un miglioramento degli esiti delle vittime di aggressione sessuale; inoltre, ogni studio presentava uno o più importanti limiti metodologici, come ad esempio la mancanza di un gruppo di controllo, la mancanza di una valutazione condotta prima o dopo la formazione, la mancanza di strumenti di valutazione solidi dal punto di vista psicometrico, e le dimensioni estremamente ridotte del campione. Inoltre, anche se gli studi sono stati effettuati in tre differenti paesi (Australia, Regno Unito e Stati Uniti), non sono state identificate ricerche su interventi di formazione attuati in paesi a basso reddito.

Considerando la scarsità di evidenze disponibili, non è possibile trarre alcuna conclusione definitiva rispetto agli effetti degli interventi formativi sulle capacità degli operatori sanitari di far fronte alla violenza sessuale contro le donne. Tuttavia, i risultati di questi studi hanno fornito qualche evidenza rispetto al fatto che un training per gli operatori sanitari riguardante l'aggressione sessuale contro le donne potrebbe avere alcuni effetti positivi. In particolare, questi studi suggeriscono che la formazione potrebbe portare a cambiamenti positivi nel bagaglio di conoscenze degli operatori rispetto alle violenze sessuali e potrebbe fornire utili strumenti da utilizzarsi nell'assistenza delle vittime. La formazione ora discussa ha delle implicazioni sugli atteggiamenti mostrati dagli operatori nei confronti delle vittime di violenza, sulle loro convinzioni rispetto alla necessità di interrogare alcuni tipi di pazienti circa la violenza, nonché sui comportamenti (in particolare rispetto alle pratiche cliniche da attuare con le vittime, tra cui una migliore assistenza, un miglioramento dei metodi di raccolta delle prove, e migliori indicazioni operative per i servizi di Pronto Soccorso).

Figura 2. Donna che si presenta dopo aver subito un'aggressione sessuale

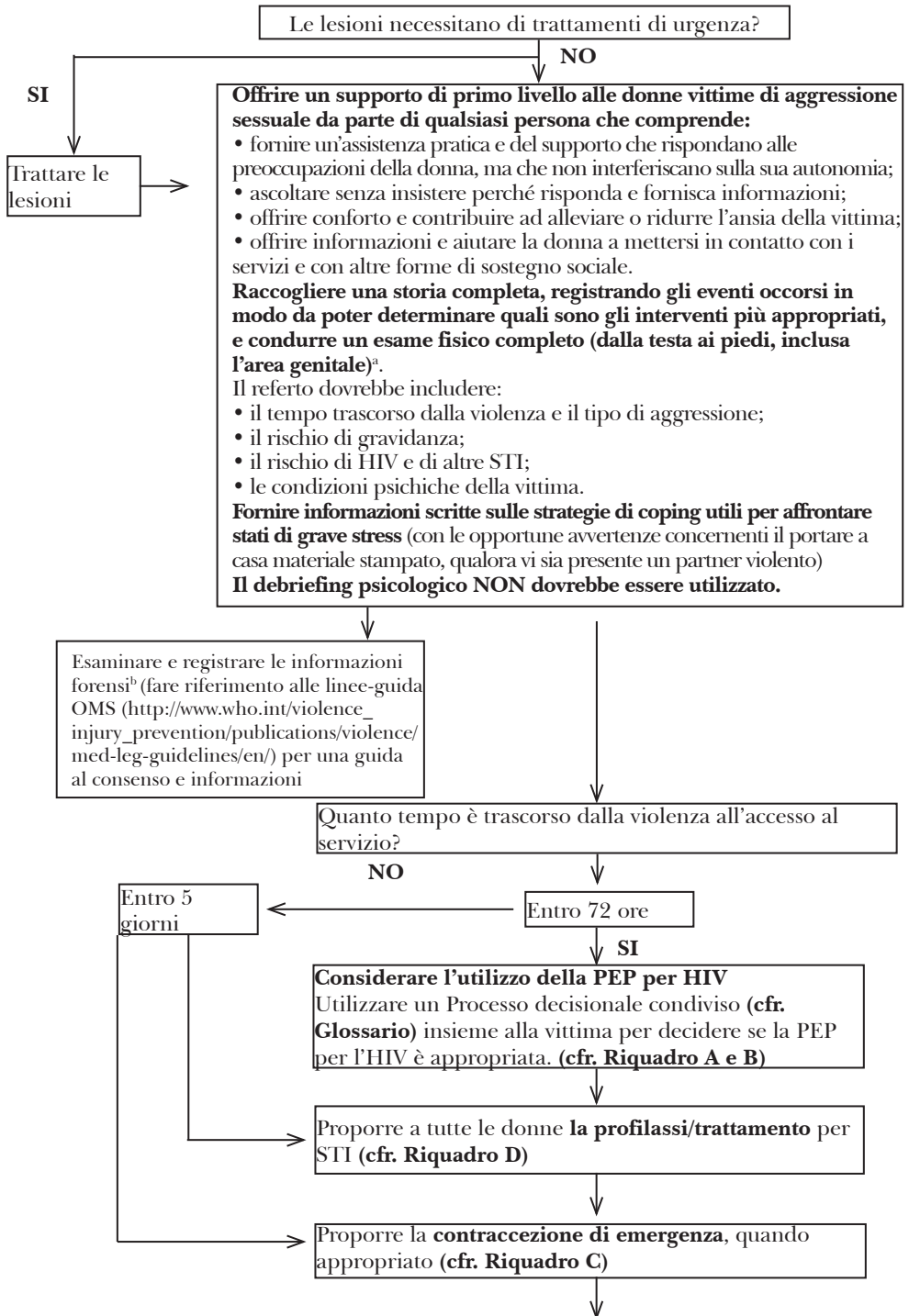


Figura 2. *Continua*

Se una donna si presenta dopo il tempo limite per la contraccezione d'emergenza (5 giorni), la contraccezione d'emergenza fallisce, o la donna è incinta a seguito dello stupro, le dovrebbe essere proposta un'interruzione volontaria di gravidanza, in conformità con le normative nazionali.



Supporto psicologico fino a 3 mesi dal trauma della violenza

- continuare a offrire sostegno e assistenza di primo livello descritti sopra;
- a meno che la persona sia depressa, presenti problemi relativi all'uso di alcol o sostanze, esibisca sintomi psicotici, condotte suicidarie o autolesive, o abbia difficoltà di funzionamento nelle attività quotidiane, si osservi un atteggiamento di "vigile attesa" per 1-3 mesi dopo l'episodio.
- una vigile attesa implica che si spieghi alla donna che è probabile che migliorerà con il passare del tempo, offrendole la possibilità di tornare per un ulteriore supporto, fissandole regolari appuntamenti di follow-up.
- se la persona è fortemente menomata da sintomi conseguenti allo stupro (vale a dire che non riesce a funzionare nelle attività quotidiane), occorre effettuare un intervento di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR), da parte di un operatore sanitario che abbia un'adeguata formazione sul tema della violenza sessuale;
- se la persona ha altri problemi di salute mentale (sintomi di depressione, problemi correlati all'uso di sostanze o alcol, condotte suicidarie o autolesive), fornire assistenza in conformità con la *WHO mhGAP intervention guide*, 2010 (WHO 2010).



Gli interventi dopo 3 mesi dal trauma della violenza

- Valutare se vi sono problematiche di salute mentale (sintomi da stress acuto/PTSD, depressione, problemi di uso di alcol e sostanze e condotte suicidarie o autolesive) e trattare la depressione, i problemi da uso di alcol e altri disturbi di salute mentale utilizzando la *WHO mhGAP intervention guide*, 2010 (WHO 2010) che include i protocolli clinici evidence-based dell'OMS per i problemi di salute mentale.
- Se è stato valutato che la persona stia soffrendo di disturbo da stress post-traumatico (PTSD), pianificare un trattamento per il PTSD attraverso la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari.

NOTA (vedi pagina precedente)

^aCfr. WHO 2003, WHO/UNHCR, 2004 e WHO/UNHCR/UNFPA, 2009.

Riquadro A. Rischio di HIV

Discutere il rischio di HIV considerando:

- la prevalenza di HIV nella zona geografica;
- le limitazioni del regime della PEP^a;
- le caratteristiche dell'aggressore (anche rispetto all'HIV), se noto;
- le caratteristiche dell'aggressione, tra cui il numero di aggressori;
- gli effetti collaterali dei farmaci antiretrovirali usati nel regime della PEP;
- la probabilità di trasmissione del virus HIVa.

Riquadro B. PEP per HIV

Se la PEP per l'HIV viene utilizzata:

- avviare il trattamento appena possibile ed entro 72 ore dall'aggressione;
- al primo contatto, eseguire un test HIV e fornire un servizio di consulenza;
- garantire alla paziente un follow-up a intervalli regolari;
- i regimi a due farmaci (con un dosaggio combinato fisso) sono generalmente da preferire rispetto ai regimi a tre farmaci, dando priorità ai farmaci con minori effetti collaterali;
- la scelta del farmaco e dei regimi farmacologici dovrebbe seguire le indicazioni nazionali;
- un servizio di counselling rispetto all'aderenza al trattamento dovrebbe essere un elemento importante quando si propone la PEP per l'HIV.

Riquadro C. Contraccezione di emergenza

- offrire il levonorgestrel, se disponibile. È raccomandata una singola dose da 1,5 mg, poiché è efficace quanto due dosi da 0,75 mg somministrate a distanza di 12-24 ore;
- se il levonorgestrel NON è disponibile, può essere offerto il regime estroprogestinico combinato, insieme ad antiemetici se disponibili;
- se la contraccezione orale di emergenza non è disponibile, e ne è stata accertata la fattibilità, è possibile offrire dispositivi intrauterini al rame (IUD) alle donne che vogliono pervenire un'eventuale gravidanza. Tenendo in considerazione il rischio di STI, l'IUD può essere inserito fino a 5 giorni dopo l'aggressione sessuale, per coloro che risultano idonee dal punto di vista medico (cfr: WHO medical eligibility criteria 2010).

NOTA

^aIn due studi di coorte sulla PEP per l'HIV, i tassi di sieroconversione variavano tra lo 0% e il 3,7%.

Riquadro D. PEP per STI**Proporre la profilassi/trattamento presuntivo per:**

- clamidia;
- gonorrea;
- trichomonas;
- sifilide (a seconda della prevalenza nell'area geografica).

La scelta del farmaco e dei regimi dovrebbe seguire le indicazioni nazionali.**Proporre l'immunoprofilassi passiva per l'Epatite B, senza immunoglobuline, in accordo con le indicazioni nazionali.**

- Fare un prelievo ematico per verificare lo status di epatite B prima di somministrare la prima dose di vaccino.
- Se il soggetto risulta immune, non è richiesto alcun ulteriore ciclo di vaccinazione.

4.2 Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Sebbene non siano state identificate evidenze circa l'effetto degli interventi di formazione nei paesi a medio e basso reddito, in studi svolti in paesi con molte risorse è stato evidenziato un significativo impatto sulle conoscenze e, in qualche misura, sui comportamenti degli operatori sanitari. Il GDG ha convenuto che il training degli operatori sanitari sulla violenza sessuale e domestica deve essere aggiunto alle attività curriculari della formazione professionale, ed essere proposto in termini di formazione continua per quegli operatori che con maggiore probabilità verranno in contatto con un'utenza femminile. Nonostante la maggior parte degli interventi valutati mediante studi con un solido disegno sperimentale abbia utilizzato risorse quali il computer, l'accesso a videotermini ecc, non vi era alcuna evidenza che indicasse se il successo della formazione in contesti con un elevato numero di risorse dipendesse o meno da questi elementi: questa circostanza infatti renderebbe difficile replicare tali studi in contesti con limitata disponibilità di risorse. Il GDG ha convenuto che la formazione dovrebbe essere adattata alle esigenze e fornita in loco: la formazione minima per il personale dovrebbe permettere di apprendere come fornire un supporto di primo livello in grado di rispondere alle esigenze delle donne esposte a violenza da partner e/o sessuale e quando è opportuno sospettare e individuare le situazioni di violenza, al fine di fornire un'adeguata assistenza clinica e una diagnosi appropriata.

4.3 Raccomandazioni

- 30. Agli operatori sanitari (in particolare medici, infermieri e ostetriche) dovrebbe essere fornita una formazione durante il corso degli studi circa il supporto di primo livello da garantire alle donne che hanno subito violenza da partner e sessuale (cfr. Raccomandazione 1).**

Qualità delle evidenze scientifiche: molto bassa

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) L'operatore sanitario potrebbe aver vissuto in prima persona esperienze di violenza di genere, come vittima o come aggressore: ciò deve essere affrontato nel percorso di formazione.

- 31. Il personale sanitario che offre assistenza alle donne dovrebbe ricevere una formazione all'interno del servizio sulla violenza contro le donne, garantendo che questa formazione:**
- sia in grado di fornire un supporto di primo livello (cfr. Raccomandazioni 1 e 10);
 - insegni delle abilità adeguate, tra cui:
 - quando e come chiedere informazioni rispetto alla violenza;
 - il modo migliore per rispondere ai bisogni delle donne (fare riferimento alle Sezioni 2, "Identificazione e assistenza per le donne vittime di violenza del partner", e 3, "Assistenza clinica per vittime di violenza sessuale");
 - come condurre la raccolta di prove medico-legali, se appropriato (cfr. WHO 2003; WHO/UNHCR 2004; WHO/UNHCR/UNFPA 2009);
 - affronti:
 - le conoscenze di base circa la violenza, comprese le leggi che sono rilevanti per le vittime di violenza da partner e sessuale;
 - la conoscenza dei servizi esistenti che possono offrire sostegno alle vittime di violenza da partner e sessuale (eventualmente attraverso un elenco dei servizi territoriali);
 - gli atteggiamenti inappropriati tra gli operatori sanitari (ad esempio, incolpare le donne per la violenza subita, aspettarsi che se ne vadano immediatamente ecc), così come le loro proprie esperienze di violenza sessuale e domestica.

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa- moderata

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) La formazione deve essere intensiva e il contenuto appropriato al setting e al contesto.
- (b) Particolare attenzione deve essere rivolta alla protezione di sé degli operatori sanitari, considerando anche il potenziale trauma vicario¹.

32. La formazione per gli operatori sanitari sulla violenza da partner e sessuale dovrebbe includere diversi aspetti della risposta da fornire a tali violenze (ad esempio, l'identificazione della violenza, la valutazione del rischio e la programmazione di un piano di sicurezza, la comunicazione e le abilità cliniche, la documentazione e l'indicazione di ulteriori servizi cui poter fare riferimento).

Qualità delle evidenze scientifiche: bassa

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) Una formazione intensiva multidisciplinare (ad esempio che coinvolge diversi tipi di operatori sanitari e/o di polizia e organismi di difesa delle vittime di violenza), forniti dalle operatrici dei Centri Anti-Violenza o da operatori di supporto, dovrebbe essere offerta agli operatori sanitari quando è possibile indirizzare le donne ai servizi specializzati per violenza da partner.
- (b) L'utilizzo di tecniche interattive può essere utile.
- (c) La formazione dovrebbe andare oltre gli operatori sanitari e includere le strategie a livello di sistema (ad esempio i flussi di pazienti, l'area di accoglienza, gli incentivi ed i meccanismi di supporto) per migliorare la qualità e la sostenibilità dell'assistenza.

33. La formazione sulla violenza da partner e quella sulla violenza sessuale dovrebbero essere integrate nello stesso programma, data la sovrapposizione tra i due ambiti e le limitate risorse disponibili per la formazione degli operatori sanitari su questi temi.

Qualità delle evidenze scientifiche: non è stata identificata alcuna evidenza rilevante.

Forza della raccomandazione: forte

NOTA DEL TRADUTTORE

¹ Il trauma rivissuto da un operatore attraverso il racconto della vittima.

4.4 Osservazioni generali

- (a) La priorità per quanto riguarda la formazione dovrebbe essere riservata a quegli operatori che con maggiore probabilità verranno a contatto con donne vittime di violenza da partner e/o aggressione sessuale, per esempio operatori sanitari che lavorano in servizi per le cure prenatali, in servizi ginecologici o di pianificazione familiare, in servizi per l'assistenza post-aborto e per l'HIV, in servizi di salute mentale, così come operatori che lavorano nell'ambito della medicina generale o nei servizi di pronto soccorso.
- (b) La formazione dovrebbe trattare anche l'esame clinico e l'assistenza delle vittime di violenza da partner e di aggressione sessuale, così come dovrebbe porre attenzione alle competenze culturali, alla parità di genere e alle considerazioni sui diritti umani.
- (c) La formazione deve avvenire all'interno del setting sanitario, al fine di favorire la partecipazione.
- (d) Dopo il training iniziale, dovrebbero essere attivati programmi di aggiornamento e di supporto continuo. Follow-up regolari e supervisioni sulla qualità dell'intervento sono estremamente importanti.
- (e) In uno studio è stata dimostrato come la presenza di un chiaro percorso assistenziale di gestione e invio ai servizi, insieme alla presenza di un operatore designato e disponibile sul posto, che si occupi di violenza contro le donne, e a promemoria regolari (ad esempio informatizzati), sia utile nel promuovere e mantenere i benefici degli interventi di formazione.

5. Politica sanitaria ed erogazione dei servizi sanitari

Sono state ricercate evidenze scientifiche che potessero rispondere alle seguenti domande:

- “Quali sono gli effetti di programmi e servizi a livello di sistema sanitario sulla salute delle donne vittime di violenza del partner?”
- “Quali sono gli effetti degli elementi/caratteristiche degli interventi/programmi a livello di sistema sanitario per le donne vittime di violenza del partner?”
- “Quali sono gli effetti dell'integrazione di un programma che prevede un/una infermiere/a competente nel campo della violenza sessuale (SANE), o di un altro tipo di programma sull'aggressione sessuale in un contesto sanitario, sull'assistenza delle vittime di aggressione sessuale?”

5.1 Sintesi delle evidenze scientifiche

I programmi o gli interventi a livello di sistema sanitario in grado di fornire assistenza alle vittime di violenza da parte del partner e/o di aggressione sessuale in maniera efficace ed efficiente sono stati individuati tenendo particolarmente in considerazione le necessità presenti nei contesti con poche risorse. Poiché la maggior parte delle evidenze pubblicate sulla risposta del sistema sanitario alla violenza da partner e sessuale proveniva da paesi ad alto reddito, è stata condotta una ricerca parallela sulla letteratura grigia¹, volta a individuare le pratiche e i programmi non pubblicati in riviste peer-reviewed.

Le evidenze qui riviste si sovrapponevano sostanzialmente a quelle riguardanti gli interventi di formazione, specialmente in quanto nessuno studio aveva individuato quali elementi di studi multi-intervento (che comprendevano la formazione) fossero risultati efficaci.

Nei paesi ad alto reddito, vi era qualche evidenza che indicava che gli interventi a livello di sistema sanitario che coinvolgevano la formazione del personale aumentavano l'invio degli utenti ad altri servizi: cinque studi su dieci (Coyer et al. 2006; Fanslow et al. 1998, 1999; Harwell et al. 1998; Spinola et al. 1998; McCaw et al. 2001; Muñoz et al. 2001; Ramsden e Bonner 2002; Feder et al. 2011) hanno riportato un aumento dei tassi di invio.

Un recente studio randomizzato controllato e clusterizzato condotto nell'ambito della medicina generale nel Regno Unito ha fornito l'evidenza più solida rispetto all'aumento dei tassi di invio a servizi specializzati in violenza da partner (e di appuntamenti presso tali servizi), così come un aumento dei casi di violenza riferiti dalle donne (Feder et al. 2011). Negli studi con risultati positivi, è stato difficile identificare il fattore responsabile del risultato positivo, dal momento che gli interventi di solito erano composti da vari elementi minori che non sono stati valutati in maniera indipendente. Gli studi inoltre erano diversi nel modo in cui gli interventi stessi sono stati costituiti e offerti, rendendo difficile una comparazione tra i diversi interventi proposti; è quindi necessario capire le ragioni per cui questi interventi hanno mostrato miglioramenti significativi o meno.

Molti degli studi erano di bassa qualità, a causa, tra l'altro, del disegno dello studio (spesso osservazionale), di campioni di piccole dimensioni o di dimensioni campionarie non esplicitate, dell'alto tasso di abbandono dei partecipanti al follow-up o di follow-up brevi, infine a causa di una presentazione inadeguata dei dati (ad esempio in grafici in cui mancavano

NOTA DEL TRADUTTORE

¹ Con il termine letteratura grigia viene definito l'insieme dei testi che non vengono diffusi attraverso i normali canali del commercio librario che rientrano convenzionalmente fra i mezzi di comunicazione di massa, ma dagli stessi autori o da enti e organizzazioni pubbliche e private, senza fini di lucro.

le percentuali effettive).

Complessivamente, vi è una carenza di valutazioni rigorose relative all'efficacia degli interventi a livello di sistema sanitario rivolti alla violenza da partner e sessuale. Nonostante il lavoro condotto finora, le evidenze che specifiche politiche, protocolli o modelli di cura siano più efficaci di altri nel fornire assistenza alle donne esposte a violenza del partner e ad aggressione sessuale rimangono insufficienti.

Nei paesi che hanno a disposizione risorse limitate sono stati descritte diverse tipologie di modelli assistenziali; i modelli di erogazione dei servizi spesso dipendevano dalla disponibilità di risorse finanziarie e umane, e variavano rispetto ai differenti contesti presenti. L'approccio tipo "centri-crisi"¹ ha acquisito un'evidente popolarità, benché non sia stato valutato in maniera approfondita, e i centri che hanno seguito questo modello siano stati realizzati con modalità molto differenti nei vari paesi. Quasi tutti avevano un infermiere/a fisso/a, che a volte aveva anche altri compiti, ma il coinvolgimento di altro personale era molto differenziato e poteva includere un medico, un consulente, un advocate, uno psichiatra o psicologo disponibile su chiamata o in servizio nella struttura. Anche il ruolo delle NGO variava, passando dall'avvio del servizio alla vera e propria erogazione del servizio stesso. I collegamenti con altre agenzie governative sono stati in alcuni casi molto formali e queste ultime hanno talvolta giocato un ruolo centrale, ma più spesso si sono occupate dello sviluppo o del miglioramento del sistema di invio degli utenti. Anche il coinvolgimento e i collegamenti con le forze di polizia, i servizi sociali e i servizi legali variava nei diversi modelli "centri-crisi". In molti casi, la sfida maggiore riguardava la possibilità di ottenere un supporto dal punto di vista amministrativo e gestionale, soprattutto in rapporto al supporto finanziario e in particolare per quanto riguardava la sostenibilità a lungo termine di tali centri; non sempre è avvenuta la replica lineare di "buoni" modelli di erogazione di servizi, anche all'interno dello stesso paese. Inoltre, i paesi a basso e medio reddito devono fare i conti con un numero insufficiente di personale qualificato, specialmente nei servizi di counselling, di salute mentale e di advocacy/supporto. Laddove il personale, come ad esempio i counsellors, gli operatori sociali, gli psicologi e gli psichiatri scarseggiano, vi è una dipendenza maggiore dalle NGO. La **tabella 1** riassume i vantaggi e gli svantaggi di diversi tipi di struttura nell'erogare l'assistenza alle vittime di violenza da parte del partner.

Per quanto riguarda l'integrazione di un SANE o di un altro tipo di programma di assistenza per aggressione sessuale nelle strutture

NOTA DEL TRADUTTORE

¹ Il *Centro crisi* è un centro di osservazione diagnostica e di cura per quelle persone che hanno bisogno di accoglienza e intervento urgente e che presentano un quadro clinico grave.

sanitarie, sono stati identificati solo quattro studi (Derhammer et al. 2000; Crandall et al. 2003; Kim et al. 2009; Sampsel et al. 2009) su questo argomento. Sebbene ogni studio abbia alcuni punti di forza, tutti presentano importanti limiti metodologici (tra cui dei campioni di piccole dimensioni, un basso tasso di risposta, e molti dati mancanti su variabili rilevanti); inoltre, tre studi sono stati condotti in Nord America (uno in Canada e due negli Stati Uniti), e uno solo in un paese a medio reddito (Sudafrica). Tutti hanno usato un gruppo di controllo storico (confrontando i dati dei servizi di assistenza sanitaria per le vittime di aggressione sessuale prima e dopo la realizzazione di un nuovo programma). I risultati di questi studi si sono dimostrati generalmente positivi e coerenti: essi suggeriscono che l'integrazione di programmi per l'assistenza alle vittime di aggressione sessuale in strutture sanitarie porti ad un aumento della percentuale di pazienti che ricevono servizi sanitari potenzialmente vitali, tra cui la contraccezione di emergenza, la profilassi per STI, la consulenza e PEP per l'HIV, e l'invio ad altri servizi per una ulteriore assistenza. L'integrazione di SANE in strutture sanitarie non sempre risulta in un maggiore coinvolgimento degli/le infermieri/e nelle visite in caso di violenze sessuali; nei casi in cui essi vengono coinvolti, tuttavia, l'integrazione di SANE in setting sanitari sembra incrementare la raccolta di prove medico-legali, spesso necessarie per il successo nel perseguimento dei colpevoli di aggressione sessuale.

Tabella 1		
Confronto tra differenti modelli assistenziali per le donne vittime di violenza		
Struttura	Vantaggi	Svantaggi
Centri di salute e servizi territoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Situati in luoghi facilmente raggiungibili dalla popolazione • In grado di fornire alcuni servizi di base • Migliorano l'accesso ai servizi di follow-up • Se si stabilisce un buon lavoro collaborativo, possono migliorare l'accesso a una rete intersettoriale di servizi, compresi quelli legali, sociali e di altro genere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potrebbero non essere in grado di trattare le lesioni gravi o le complicanze della violenza • Potrebbero non disporre di laboratori o servizi specializzati • Nei servizi delle piccole comunità, in cui gli operatori sono essi stessi membri della comunità, la riservatezza e il timore di ritorsioni degli operatori potrebbero essere problematici
Ospedali regionali e distrettuali	<ul style="list-style-type: none"> • In grado di fornire servizi 24 ore su 24 • Dispongono di servizi specializzati • Possono essere centralizzati in un reparto (pronto soccorso, ginecologia, salute riproduttiva, reparto per HIV/STI) o distribuiti per tutto l'ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> • Possono ridurre l'accessibilità • Se i servizi sono suddivisi tra i reparti, ciò può ostacolare i servizi stessi, soprattutto se alcuni di essi sono disponibili solo durante particolari orari di lavoro
Centri-crisi	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi più efficienti e coordinati • Forniscono una gamma completa di servizi (a volte anche polizia, giudici per le indagini preliminari, assistenti sociali, counsellors, personale di supporto psicologico ecc) 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitano di più spazio e risorse • Il numero di utenti può essere di piccole dimensioni (ad esempio nelle zone rurali), sollevando preoccupazioni circa il rapporto costi-benefici • Possono sottrarre personale e risorse ad altri servizi • Potrebbero non essere completamente integrati nel sistema sanitario • Se gestiti dal sistema giudiziario, potrebbero concentrarsi troppo sugli aspetti penali e non sulla salute delle donne • Costosi da mantenere

5.2 Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Il GDG ha esaminato le evidenze raccolte e ha concluso che non vi sono prove per accettare o rifiutare nessuno dei modelli attuali di servizi per le violenze domestiche o sessuali. Inoltre, vi sono evidenze secondo cui un modello che sembra funzionare in modo efficace in un setting specifico può essere rapidamente adottato in un altro setting, ma non necessariamente essere efficace; questo è risultato vero per i centri-crisi. Pertanto, i vantaggi e gli svantaggi dei vari modelli sono stati sintetizzati per aiutare coloro che hanno maggiore influenza nella formulazione di linee guida a prendere decisioni ponderate, tenendo conto delle risorse umane e finanziarie locali (cfr. **tabella 1**); per la stessa ragione si è cercato di rispondere alle domande qui di seguito:

1. “Quali sono i punti di forza e di debolezza di diversi modelli (centri-crisi, servizi integrati e reti di invio ben articolate) per l'erogazione di servizi per le donne che hanno subito violenza da parte del partner?”

Essi sono presentati in **tabella 1**; è necessario però anche considerare le infrastrutture, le risorse, le capacità e le situazioni finanziarie locali. Nell'organizzazione del servizio è anche necessario valutare il numero di utenti previsto.

2. “Quali settori del sistema assistenziale (ad esempio pronto soccorso, medicina generale, cure prenatali o altri servizi per la salute sessuale e la riproduzione, consulenza e analisi per l'HIV) costituiscono i setting migliori per gli interventi indirizzati alle donne vittime di violenza da partner o sessuale? Essi richiedono approcci diversi?”

Ogni struttura presenta vantaggi e svantaggi. Alcune strutture tendono ad essere maggiormente preparate ad affrontare i problemi di salute delle donne rispetto ad altri. In teoria, le donne che subiscono violenza dal partner dovrebbero essere identificate nello stesso momento in cui accedono ai servizi sanitari, anche se questi contesti non sempre sono favorevoli ad offrire tali servizi. Nel momento in cui il servizio viene organizzato, si dovrebbero prendere in considerazione i punti di forza e di debolezza di ciascun setting all'interno della struttura, esaminando le infrastrutture, le risorse, la capacità e la situazione finanziaria. Indipendentemente dal setting selezionato, i requisiti minimi che permettono di fornire un servizio adeguato (cfr. Riquadro 3, p. 91) devono essere soddisfatti, compresi la formazione e il supporto al personale.

3. “Quali gruppi di pazienti (ad esempio donne gravide, donne che si rivolgono al pronto soccorso, donne con problemi di salute mentale, donne inserite nei programmi di prevenzione della trasmissione dell’HIV da madre a figlio [PMTCT] o in fase di consulenza o test per l’HIV) possono beneficiare maggiormente degli interventi sviluppati nel settore sanitario?”

Le donne appartenenti a qualsiasi gruppo di pazienti possono essere esposte alla violenza. Le donne con lesioni non altrimenti giustificate, segni o sintomi associati alla depressione, PTSD o altri disturbi d’ansia (cfr. Riquadro 1 p. 44 e Raccomandazione 3, pp. 16-20), o quelle con maggiori probabilità di subire abuso, come ad esempio le donne con disturbi mentali o altre disabilità, possono beneficiare della possibilità di ottenere informazioni rispetto alla violenza e di ricevere attenzione e assistenza per la violenza sessuale (sia da parte del partner o di altri aggressori), o per altre forme di violenza da partner, se necessario. Tuttavia, alcuni setting sanitari si prestano maggiormente e con più facilità a integrare le problematiche legate alla violenza nella loro routine assistenziale.

4. “Che tipi di sistemi di sorveglianza, monitoraggio e controllo qualità sono necessari?”

È importante mantenere registrazioni accurate degli interventi effettuati, in quanto i dati raccolti, gestiti e analizzati correttamente, possono sia migliorare i servizi forniti alle donne, sia contribuire ad aumentare la consapevolezza rispetto a tali questioni.

Ad esempio, potrebbe essere utile raccogliere nel modo migliore possibile i dati riguardanti la natura delle lesioni e il rapporto tra aggressore e vittima, benché si debba riconoscere che la violenza da parte del partner non è una problematica facile da identificare e documentare. Per l’efficace inclusione degli indicatori di violenza da partner all’interno del sistema di informazione sanitaria, tutti gli operatori sanitari necessitano di programmi di formazione e sensibilizzazione per documentare in maniera corretta i casi di violenza, garantendo il carattere confidenziale di queste procedure in modo da non mettere le donne a rischio. In paesi ad alto reddito provvisti di sistemi informativi sanitari elettronici ben funzionanti, la realizzazione di tali programmi è più facile rispetto a paesi a medio e basso reddito che utilizzano sistemi informativi cartacei. In molti programmi, le principali sfide che ci si trova ad affrontare riguardano il monitoraggio degli invii degli utenti verso i vari servizi mantenendo l’accuratezza dei dati.

Avere a disposizione protocolli standardizzati/procedure operative standardizzate/linee-guida, tra cui regolari revisioni di casi e, se possibile,

un monitoraggio dell'esperienza degli utenti, può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza fornita.

Riquadro 3	Requisiti minimi per la risposta del settore sanitario alla violenza contro le donne
Protocolli e politiche	Devono essere sviluppati e attuati (con adeguata formazione e supporto continuo) politiche e protocolli locali che definiscano ruoli e responsabilità, e procedure relative all'identificazione e alla gestione delle donne sopravvissute alla violenza.
Supporto gestionale/finanziario	Un supporto a livello gestionale, spesso unitamente al supporto finanziario, è importante soprattutto per la sostenibilità a lungo termine dell'integrazione delle problematiche relative alla violenza contro le donne.
Assistenza globale	Garantire la fornitura di tutti gli aspetti dell'assistenza medico-legale sia da parte degli operatori sanitari sia da parte di altri operatori collaboranti all'interno dei servizi sanitari, o attraverso il supporto delle NGO o delle associazioni sul territorio (CBO), o grazie all'impegno della comunità, in modo che sia minimizzato il numero di contatti necessari.
Collegamenti con CBO/NGO	Instaurare relazioni con le NGO locali e le associazioni sul territorio (CBO). (Va notato che garantire l'erogazione dei servizi è una responsabilità dello Stato, quindi ciò non dovrebbe fare affidamento esclusivamente sulle NGO e CBO).
Collaborazione intersettoriale	Stabilire protocolli di lavoro chiari, includendo il percorso di invio delle vittime, tra i servizi offerti dalla stessa struttura o da diversi settori, e stabilire riunioni periodiche (mensili) per garantire il coordinamento.
Risorse materiali	Assicurare la disponibilità di alcune risorse materiali (manifesti, cartoline e/o volantini).
Sorveglianza e registrazione	Sviluppare sistemi per la conservazione della documentazione e la sua custodia in modo che ciò che è stato archiviato rimanga confidenziale e non esponga le donne ad alcun rischio.
Monitoraggio e valutazione	Pianificare un sistema di monitoraggio e valutazione basato sulla prassi e sulle procedure locali, comprese le considerazioni relative alla sicurezza delle vittime.
Supporto per gli operatori	Fornire supporto agli operatori che forniscono assistenza

5.3 Raccomandazioni

34. L'assistenza alle donne che subiscono violenza da partner e sessuale dovrebbe, per quanto possibile, essere integrata nei servizi sanitari esistenti, piuttosto che rappresentare un servizio a sé stante (cfr. Riquadro 3).

Qualità delle evidenze scientifiche: molto bassa

Forza della raccomandazione: forte

Osservazioni

- (a) È auspicabile la realizzazione di un programma multicomponente che includa una formazione per gli operatori sanitari volta ad aumentare le loro competenze riguardo ai fattori che dovrebbero far nascere un sospetto di violenza a livello clinico, e riguardo a come fornire un'assistenza di primo livello. Un chiaro percorso di invio degli utenti può inoltre aumentare l'efficacia degli interventi. Questa formazione deve essere ripetuta periodicamente, al fine di mantenere nel tempo i suoi effetti positivi (cfr. Paragrafo 2, "Identificazione e assistenza per le vittime di violenza del partner").
- (b) Offrire servizi separati e iperspecialistici può rappresentare una strategia difficile da sostenere e può avere potenziali effetti nocivi. Per esempio, potrebbe accadere che un servizio di salute mentale con un organico già ridotto fosse ulteriormente indebolito se dovesse fornire servizi specifici per le vittime di violenza, invece di garantire che tutti gli utenti (tra cui le vittime di violenza) possano ottenere la migliore assistenza possibile.
- (c) Fornire agli operatori supporto e spazi per il loro *debriefing* dovrebbe far parte della risposta del sistema sanitario, benché ciò richieda l'impiego di ulteriori risorse umane. È anche importante per i servizi sanitari avere scambi regolari con altri servizi quali le forze dell'ordine o i servizi di assistenza sociale, per garantire il coordinamento e la coerenza tra i servizi stessi e un efficace sistema di invio degli utenti.

35. Un paese ha bisogno di più modelli di assistenza per le vittime di violenza del partner e sessuale, adeguata ai diversi livelli del sistema sanitario (cfr. tabella 1). Tuttavia, la priorità dovrebbe essere data alla formazione e all'offerta di servizi a livello di assistenza primaria.

Qualità delle evidenze scientifiche: molto bassa

Forza della raccomandazione: forte

36. Un operatore sanitario (infermiere, medico o equivalente) che è addestrato alle cure agli esami *gender-sensitive* in caso di sessuale dovrebbe essere disponibile a tutte le ore del giorno e della notte (all'interno del servizio o su chiamata) a livello distrettuale o di zona.

Qualità delle evidenze scientifiche: molto bassa

Forza della raccomandazione: forte

5.4 Osservazioni generali

- (a) Fino a quando non emergeranno ulteriori evidenze, i paesi necessiteranno di diversi modelli assistenziali, ma dovrebbe anche essere promossa una valutazione degli stessi in grado di identificare quale modello funziona meglio anche dal punto di vista dei costi, nei differenti contesti assistenziali.
- (b) I centri-crisi multifunzionali, laddove appropriati, è meglio che siano situati all'interno dei servizi sanitari, in cui la priorità all'erogazione dei servizi è focalizzata sulla salute delle donne, piuttosto che essere centrata sugli aspetti strettamente legali. Essi risultano più adatti nelle aree ad alta densità di popolazione, mentre i servizi integrati all'interno delle strutture sanitarie (o che operano attraverso di esse) sembrano essere più efficaci (anche in rapporto ai costi) nelle zone rurali.
- (c) Qualsiasi modello si utilizzi, esso dovrebbe mirare da un lato ad una riduzione del numero di servizi e operatori che una donna deve contattare (e a cui deve raccontare la sua storia), e dall'altro a facilitare l'accesso a servizi di cui può aver bisogno, in modo che la sua dignità e la riservatezza vengano rispettate, dando priorità alla sua sicurezza.
- (d) La violenza contro le donne è anche una violazione dei diritti umani di una donna. Le leggi e le politiche devono essere riviste per garantire che esse non discriminino le donne e penalizzino in maniera adeguata gli atti di violenza, compresi quelli che si svolgono all'interno delle mura domestiche.

6. Obbligo di segnalazione della violenza del partner

Sono state ricercate evidenze scientifiche per rispondere alla seguente domanda: “Quali sono gli effetti delle segnalazioni obbligatorie per la violenza da parte del partner alla polizia sulle donne e sui loro figli?”

6.1 Sintesi delle evidenze scientifiche

In totale sono stati rivisti 23 studi, anche se solo due (Sachs et al. 1998; Glass et al. 2001) hanno tentato di misurare in maniera quantitativa l'impatto della segnalazione obbligatoria. Cinque studi (Tilden et al. 1994; Rodriguez et al. 1998; Gerbert et al. 1999; Feldhaus et al. 2003; Smith et al. 2008) si sono proposti di indagare il punto di vista degli operatori sanitari, mentre 16 hanno tentato di indagare la prospettiva delle donne. Due studi hanno valutato quantitativamente l'impatto dell'introduzione di leggi sulla segnalazione obbligatoria per violenza da partner.

Di questi, uno studio (Sachs et al. 1998) che ha valutato l'impatto di tali segnalazioni, effettuate dai professionisti sanitari, sui report della polizia inviati alle strutture mediche in risposta a violenza da parte del partner, non ha riportato alcun effetto significativo sul numero di report della polizia ai servizi sanitari.

In un altro studio condotto negli Stati Uniti, sono state revisionate le cartelle cliniche di 36 pazienti che avevano subito gravi violenze. In tali cartelle, la notifica alle forze dell'ordine era l'intervento documentato in maniera più consistente rispetto alla violenza da partner. Tuttavia, solo un caso su quattro è stato inviato ad altre risorse territoriali per la violenza da parte del partner, quali case-rifugio e linee telefoniche dedicate. I rimanenti studi hanno tentato di raccogliere le opinioni degli operatori sanitari e delle donne sull'impatto delle leggi di segnalazione obbligatoria, nonché sulle barriere e i fattori che facilitavano le segnalazioni obbligatorie. Dal punto di vista degli operatori sanitari, i vantaggi della segnalazione obbligatoria includono una migliore raccolta di dati statistici, il perseguimento dell'aggressore e il miglioramento della capacità di risposta a tali situazioni da parte dei medici. Le preoccupazioni condivise dagli operatori sanitari riguardavano il tempo e le risorse necessarie, la possibilità che le donne potessero sentirsi scoraggiate rispetto al rivelare informazioni, la compromissione della garanzia di riservatezza e autonomia, il rischio di ritorsioni, e le conseguenze di procedimenti penali fallimentari. Dal punto di vista delle donne, i vantaggi sono: consentire loro di ottenere aiuto, sollevandole dalla responsabilità di fare in prima persona la segnalazione; diminuire il senso di colpa e di solitudine; rendere consapevoli i partner rispetto alla gravità dell'abuso; e un'interazione potenzialmente positiva con le forze dell'ordine, considerando che l'episodio sarà registrato rendendo possibile risalirvi in futuro, qualora necessario. Le preoccupazioni riportate dalle donne includono: il rischio di ritorsioni; la paura di perdere la custodia dei figli; l'ansia che deriva dal dover parlare con le autorità quali ad esempio i servizi sociali; l'essere vittimizzate dal sistema sanitario; e di essere lasciate con una serie di conti da pagare come risultato della segnalazione della violenza da partner, così come preoccupazioni rispetto al mantenimento

dell'autonomia e della riservatezza.

Sebbene ci sia un certo numero di donne che sono a favore della segnalazione obbligatoria, altrettante esprimono un parere contrario. In particolare, le donne vittime di abusi sembrano essere contro la segnalazione obbligatoria, soprattutto se essa implica il rivolgersi alle forze dell'ordine; le donne incluse in questi studi hanno suggerito che dovrebbe essere la donna stessa a decidere se fare la segnalazione o meno, e che la propria sicurezza, nonché quella dei loro figli, dovrebbe essere la priorità. Inoltre, la soluzione del problema dovrebbe concentrarsi sulla guarigione delle vittime, anche attraverso il counselling. Se è in atto un ordine restrittivo o un programma di protezione, e nonostante ciò il partner si presenta alla visita sanitaria, le autorità competenti dovrebbero essere contattate.

6.2 Dalle evidenze scientifiche alle raccomandazioni

Le evidenze disponibili non supportano la segnalazione obbligatoria alla polizia rispetto alla violenza del partner, perché essa può interferire con l'autonomia delle donne e sui processi decisionali^a. Mentre alcune donne riconoscono che vi possono essere alcuni benefici nelle azioni legali intraprese a loro nome, ciò non sembra essere la strada preferibile da percorrere per le donne abusate. È importante notare che ci potrebbero essere differenze tra la segnalazione obbligatoria per legge e gli obblighi professionali/etici degli operatori sanitari, il cui mandato comprende la riservatezza e il “non nuocere”. Gli operatori sanitari devono capire quali sono i loro obblighi di legge (se ve ne sono), così come i loro codici deontologici professionali, per garantire che le donne siano informate pienamente sulle loro scelte e sulle limitazioni alla loro riservatezza, quando è necessario.

6.3 Raccomandazioni

37. La segnalazione obbligatoria dei casi di violenza da partner alla polizia, da parte del servizio sanitario, non è raccomandata. Tuttavia, gli operatori sanitari dovrebbero offrirsi di segnalare l'accaduto alle autorità competenti (tra cui la polizia) se la donna intende farlo ed è consapevole dei propri diritti.

Qualità delle evidenze scientifiche: molto bassa

Forza della raccomandazione: forte

NOTA

^a Ciò si discosta dalla segnalazione di potenziali esposizioni agli abusi domestici di bambini alle autorità per la tutela dei minori.

38. Il maltrattamento di minori e le aggressioni che mettono a rischio la vita devono essere segnalati alle autorità competenti dal servizio sanitario laddove vi è obbligo di legge in tal senso.

- a) Tuttavia, vi è un crescente consenso sul fatto che i paesi in cui è obbligatorio per legge fare segnalazioni nel caso di abusi sui bambini dovrebbero permettere ai bambini stessi e alle famiglie un maggiore accesso a servizi che tutelino la confidenzialità e nei quali trovare supporto su base volontaria.
- b) Inoltre, l'utilità della segnalazione obbligatoria è particolarmente discutibile in situazioni in cui non vi sia un sistema legale o di protezione dei minori funzionante e in grado di agire in conseguenza alle segnalazioni^a.

Qualità delle evidenze scientifiche: molto bassa

Forza della raccomandazione: forte

6.4 Osservazioni generali

- (a) La questione della segnalazione obbligatoria si intreccia con quella della protezione dei bambini (che esula dal campo di applicazione di queste linee-guida).

NOTA

^a Butchart A., Harvey A., Mian M., Furniss T. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization. Pagina web: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/index.html.

IMPLICAZIONI PER LA RICERCA

Il GDG ha individuato importanti lacune nelle conoscenze disponibili, che devono essere affrontate attraverso la ricerca. In generale, in queste linee-guida, molte delle raccomandazioni sono basate su evidenze che sono state categorizzate come di qualità “molto bassa” o “bassa”, il che indica che sono necessari ulteriori studi. Anche nelle aree in cui vi erano evidenze di qualità maggiore, esse non erano adeguate per affrontare alcuni aspetti dell’argomento in questione.

Lacune delle ricerche basate sulle domande contenute nelle linee-guida

Il GDG ha identificato le seguenti lacune nelle ricerche oggi disponibili. Queste sono state discusse nel corso della riunione e concordate nel corso della revisione del progetto sempre ad opera del GDG, ma non rappresentano una valutazione comprensiva dei problemi in questo settore.

Identificazione della violenza del partner

- Valutare l’efficacia clinica e il rapporto costo/efficacia dell’indagine clinica o dell’accertamento del singolo caso in confronto allo screening universale nel migliorare i risultati in una varietà di setting (medicina generale, cure prenatali, pianificazione familiare, servizi per i traumi e le emergenze, servizi di counselling e test per HIV, servizi per l’abuso di sostanze, servizi di salute mentale), e in diverse popolazioni.
- Valutare il ruolo della violenza del partner (compresa la coercizione) nel processo riguardante le decisioni riproduttive e la salute riproduttiva.

Assistenza alle vittime di violenza del partner

Interventi psicologici/di salute mentale

- Vi è la necessità di sviluppare degli studi con potenza statistica sufficiente per valutare l'efficacia di diverse modalità di interventi/terapie psicologiche per donne vittime di violenza da partner, in una varietà di setting, tra cui medicina generale e pronto soccorso.
- Il ruolo dei gruppi di sostegno, in particolare in contesti in cui i problemi sono spesso trattati a livello comunitario, dovrebbe essere esplorato attraverso la ricerca.

Interventi sostegno/advocacy/empowerment

- La fattibilità, la modalità di erogazione del servizio e l'efficacia degli interventi di advocacy/supporto, così come le sessioni di empowerment di media intensità che hanno mostrato una certa efficacia in paesi ad alto reddito (cfr. Paragrafo 2.2.2) devono essere testati in setting con limitate risorse.
- L'efficacia degli interventi di advocacy/sostegno deve essere testata in contesti al di fuori delle cure prenatali in paesi ad alto reddito. Garantire la sicurezza delle donne è la priorità.

Interventi madre-bambino

- La trasmissione intergenerazionale della violenza da partner è comune, e sono necessari programmi di intervento per prevenirla. Gli studi sull'assistenza per le madri e i bambini esposti a violenza da partner sono carenti, soprattutto in setting a basso reddito.
- Dovrebbero essere avviati trial di visite domiciliari (com'è stato fatto per il maltrattamento dei minori), che includano un focus sulle donne esposte alla violenza da partner e considerino la violenza come l'esito primario.
- Gli interventi madre-bambino che si sono stati dimostrati efficaci in contesti ad alto reddito necessitano di essere studiati in ambienti con scarse risorse; le alternative alla psicoterapia intensiva saranno da identificare e studiare ulteriormente.

Rifugi sicuri

- Dovrebbero essere valutate delle opzioni per i rifugi sicuri, soprattutto in setting con scarse risorse.

Assistenza clinica alle vittime di aggressione sessuale

Interventi psicologici/di salute mentale

- Per le donne vittime di aggressione sessuale, vi è la necessità di studi rivolti agli interventi psicologici specifici per questa popolazione, che consentano analisi di sottogruppi clinici differenziati quando il campione comprende diverse tipologie di sopravvissute a traumi, e che considerino le questioni correlate alla comorbidità, comuni in questa popolazione.
- Vi è la necessità di valutare l'erogazione di CBT condotta da operatori non specializzati, e di studiarne le modalità di erogazione in diversi contesti.

Profilassi post-esposizione a HIV

- Dovrebbero essere condotti studi volti alla valutazione di diversi interventi per promuovere l'aderenza alla PEP per l'HIV, in particolare considerando l'impatto che possono avere le sue diverse modalità di erogazione (ad esempio un pacchetto iniziale con forniture settimanali invece che ogni 28 giorni, al primo contatto).

Profilassi post-esposizione per infezioni a trasmissione sessuale

- Il *Trichomonas* non è mortale e il trattamento è sgradevole. Uno studio randomizzato controllato con l'obiettivo di valutare se il trattamento per il *Trichomonas* può aumentare l'aderenza ad altri farmaci potrebbe fornire informazioni utili.
- È raccomandata la messa a punto di uno studio che confronti il trattamento profilattico per le STI (a eccezione dell'epatite B) con test e trattamento erogato solo nel caso che il soggetto risulti positivo, misurando l'efficacia e il rapporto costi/efficacia.

Formazione degli operatori sanitari sulla violenza da partner e sulla violenza sessuale

- Dovrebbero essere effettuate ricerche per stabilire quali dovrebbero essere i contenuti essenziali e la durata del training sulla violenza da partner e sessuale volto a migliorare le abilità degli operatori sanitari.
- Dovrebbero essere studiati metodi di fornitura di training che

abbiano un buon rapporto tra costi e benefici, volti a migliorare il comportamento dei clinici (ad esempio l'educazione permanente) all'interno dei servizi in paesi a medio e basso reddito.

Politica sanitaria ed erogazione dei servizi sanitari

- Dovrebbe essere effettuata una rigorosa valutazione di qualsiasi programma di erogazione dei servizi, anche se di successo, per indagarne l'applicabilità in altri contesti.
- Si incoraggia un incremento della ricerca sui programmi SANE, considerando il numero limitato degli studi sull'impatto dell'integrazione dei SANE con altri tipi di programmi per l'aggressione sessuale nelle strutture sanitarie, in particolare in paesi a medio e basso reddito.
- Potrebbero essere valutati modelli standard di assistenza (come quelli per le condizioni croniche), che possono essere adattati per l'assistenza delle vittime di violenza del partner e/o aggressione sessuale.
- Dovrebbe essere portata avanti una linea di ricerca focalizzata sugli aspetti da considerare nell'erogazione di servizi per adolescenti esposti alla violenza.

Obbligo di segnalazione della violenza del partner

- Sono necessari studi che valutino come i servizi sanitari che si rivolgono alle donne esposte alla violenza del partner possano essere meglio collegati con i servizi di protezione dei minori e con le forze dell'ordine.

DISSEMINAZIONE E APPLICAZIONE DELLE LINEE-GUIDA

L'obiettivo finale di queste linee-guida è quello di migliorare la qualità dell'assistenza e gli esiti di salute relativi alla violenza contro le donne.

A questo proposito, la disseminazione e l'applicazione delle linee-guida da parte della comunità internazionale, dei ministeri della salute e dei servizi sanitari locali è cruciale. RHR ha adottato un quadro formale (knowledge-to-action) per la disseminazione, l'adattamento e l'attuazione delle linee-guida. In aggiunta a tutto ciò, sarà stabilito un elenco di azioni prioritarie che consenta all'OMS e ad altri partner di favorire la loro disseminazione e applicazione.

Disseminazione delle linee-guida

Le raccomandazioni contenute in queste linee-guida saranno diffuse attraverso una vasta rete di partner internazionali, tra cui gli uffici nazionali e regionali dell'OMS, i ministeri della salute, i centri che collaborano con l'OMS, le associazioni professionali, le NGO e le altre agenzie delle Nazioni Unite, in particolare UNFPA e UN Women. Esse saranno inoltre pubblicate sul sito web e nella *Reproductive Health Library* dell'OMS, dove saranno accompagnate da una valutazione critica indipendente. Inoltre, sarà sviluppato e disseminato un sommario delle politiche attraverso gli uffici nazionali dell'OMS e dei rispettivi partner, rivolto a una vasta gamma di responsabili politici, *programme manager* e clinici. Così come il sommario delle politiche, sulla base delle raccomandazioni in queste linee-guida sarà sviluppato un manuale clinico per gli operatori sanitari.

Applicazione delle linee-guida

Il successo dell'inserimento di politiche *evidence-based* relative alla violenza contro donne in programmi e servizi sanitari origina da processi di adattamento e applicazione basati sul consenso generale, ben pianificati

e partecipativi. Essi potrebbero comprendere lo sviluppo o la revisione delle esistenti linee-guida o protocolli nazionali. Le raccomandazioni contenute in queste linee-guida dovrebbero essere adattate localmente in modo da soddisfare le esigenze di ciascun paese e servizio sanitario, tenendo conto della disponibilità di risorse umane e finanziarie. Ciò deve includere sia la politica nazionale, sia linee guida cliniche locali. In questo contesto, le modifiche possono essere limitate alle raccomandazioni relative, e la giustificazione per qualsiasi modifica deve essere effettuata in modo esplicito e trasparente.

Inoltre, dovrebbe essere istituito un quadro di riferimento al fine di garantire la creazione di un contesto che permetta l'applicazione delle raccomandazioni e che gli operatori sanitari siano supportati nell'utilizzo di pratiche *evidence-based*. In questo processo, anche il ruolo delle società professionali locali è importante, e un processo integrato e partecipativo dovrebbe essere incoraggiato.

MONITORARE E VALUTARE L'APPLICAZIONE DELLE LINEE-GUIDA

Idealmente, l'applicazione delle raccomandazioni dovrebbe essere monitorata a livello di ciascuna struttura sanitaria. Studi clinici effettuati in serie temporali o basati su specifici criteri potrebbero essere utilizzati per ottenere dati di rilievo circa le variazioni nell'assistenza fornita alle donne vittime di violenza. Sono necessari criteri di revisione chiaramente definiti e indicatori di monitoraggio/valutazione e possibilmente associati a obiettivi concordati a livello locale. In questo contesto *Violence against women and girls: a compendium of monitoring and evaluation indicators* della Measure Evaluation fornisce un elenco completo di indicatori che possono essere presi in considerazione nell'ambito dei programmi sanitari per la violenza contro le donne e le bambine (Bloom 2005). Alcuni indicatori rappresentativi sono proposti qui di seguito, ma il processo di selezione finale dovrebbe prendere in considerazione la misurabilità e la fattibilità degli stessi.

- Il numero di facoltà mediche e collegate alla professione medica che hanno organizzato corsi obbligatori pre e post-laurea sulla violenza da partner e sessuale.
- Il numero di paesi che introducono le linee-guida per la violenza da partner/sessuale nell'ambito della medicina generale; i cambiamenti apportati a linee-guida sulla salute nazionali in accordo con le linee-guida dell'OMS.
- La proporzione di operatori sanitari formati rispetto alla prevalenza e alle conseguenze per la salute della violenza da parte del partner, al supporto di primo livello/cura compassionevole, e alle risorse comunitarie esistenti.
- La proporzione di donne vittime di violenza da parte del partner che ha ricevuto un supporto di primo livello (emotivo) al momento del primo contatto con i servizi sanitari, dopo aver rivelato l'esperienza di violenza.
- La proporzione di donne vittime di violenza da parte del partner a cui è stata effettuata una Valutazione sul Pericolo (Danger

Assessment)^a al momento del primo contatto con i servizi sanitari, dopo aver rivelato l'esperienza di violenza.

- La proporzione di donne che cercano assistenza entro 72 ore dall'aggressione sessuale e a cui è stata offerta contraccezione di emergenza, PEP per l'HIV e supporto psicologico di primo livello.
- La proporzione di servizi sanitari che hanno effettuato una valutazione a livello istituzionale di tutte le politiche, i protocolli e le pratiche che hanno una qualche implicazione rispetto alla violenza contro le donne, tra cui: la privacy e la riservatezza nei setting clinici, le risorse umane, la formazione erogata e le lacune individuate in tali interventi formativi, e le risorse materiali (politiche messe per iscritto e protocolli distribuiti).

NOTA

^a Il Danger Assessment è uno strumento utile per determinare il livello di pericolo di una donna abusata rispetto all'essere uccisa dal proprio partner. Non è ancora stato testato in paesi a medio e basso reddito. Per ulteriori informazioni, visitare <http://www.dangerassessment.org/About.aspx>.

AGGIORNAMENTO DELLE LINEE-GUIDA

Queste linee-guida saranno aggiornate tra cinque anni o in seguito all'identificazione di nuove evidenze scientifiche che facciano emergere la necessità di modificare le raccomandazioni qui contenute. L'OMS accoglie suggerimenti rispetto a questioni aggiuntive da includere nelle prossime linee-guida: si prega di inviare tali proposte alla Dott.ssa Claudia García-Moreno all'indirizzo garciamorenoc@who.int.

ALLEGATI

I. Bibliografia

Stato dell'arte

- Ansara D.L., Hindin M.-J. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and Medicine* 70, 1011-1018.
- AuCoin K. (2005). *Family violence in Canada: a statistical profile*. Statistics Canada, Ottawa.
- Black C.M. (2001). Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5, 428-439.
- Bott S. et al. (2012). *Violence against women in Latin America and Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries*. PAHO, Washington.
- Campbell J., García-Moreno C., Sharps P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 10, 7, 770-789.
- Ellsberg M., Jansen H.A., Heise L., Watts C.H., Garcia-Moreno C., WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet* 371, 9619, 1165-1172.
- Feder G.S., Hutson M., Ramsay J., Tacket A.R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine* 166, 22-37.
- García-Moreno C., Jansen H.A.F.M., Ellsberg M., Heise L., Watts C. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization.
- Tacket A., Nurse J., Smith K., Watson J., Shakespeare J., Lavis V., Cosgrove K., Mulley K., Feder G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal* 327, 7416, 673-676.
- Tjaden P., Thoennes N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women. Findings From the National Violence Against Women Survey*. National Institute of Justice, Washington DC.

- Walby S., Allen J. (2004). *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey*. Home Office, London (Home Office Research Study 276).
- World Health Organization (2002). *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. World Health Organization, Geneva (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/, accessed 10 April 2013).
- WHO/UNHCR/UNFPA (2009). *Clinical management of rape survivors. E-learning programme.*, WHO/UNHCR/UNFPA, Geneva (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>, accessed 10 April 2013).

Metodi

- Schünemann H., Brozek J., Oxman A. (2009). *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendation*. Version 3.2 [updated March 2009]. The GRADE Working Group (http://www.who.int/hiv/topics/mtct/grade_handbook.pdf, accessed 12 April 2013).
- World Health Organization (2010a). *Expert meeting on health-sector responses to violence against women, 17–19 March 2009, Geneva, Switzerland*. World Health Organization, Geneva (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241500630/en/>, accessed 10 April 2013).
- World Health Organization (2010b). *Guidelines development handbook*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2010c). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization, Geneva (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf).

Evidenze scientifiche e raccomandazioni

1. Per un'assistenza centrata sulla donna

- World Health Organization (2011). *Psychological first aid*. World Health Organization, Geneva (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).

2. Identificazione e assistenza delle donne vittime di violenza del partner

2.1 Identificazione della violenza del partner

- Ahmad F., Hogg-Johnson S., Stewart D.E., Skinner H.A., Glazier R.H., Levinson W. (2009). Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 151, 2, 93-102.
- Bacchus L.J., Bewley S., Vitolas C.T., Aston G., Jordan P., Murray S.F. (2010). Evaluation of a domestic violence intervention in the maternity and sexual health services of a UK hospital. *Reproductive Health Matters* 18, 36, 147-157.
- Feder G., Ramsay J., Dunne D., Rose M., Arsene C., Norman R., Kuntze S.,

- Spencer A., Bacchus L., Hague G., Warburton A., Tacket A. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment* 13, 16, 137-347.
- Humphreys J., Tsoh J.Y., Kohn M.A., Gerbert B. (2011). Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using video doctor plus provider cueing: a randomized, controlled trial. *Women's Health Issues* 21, 2, 136-144.
- Klevens J., Kee R., Trick W., Garcia D., Angulo F.R., Jones R., Sadowski L.S. (2012). Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 308, 7, 681-689.
- Koziol-McLain J., Garrett N., Fanslow J., Hassall I., Dobbs T., Henare-Toka T.A., Lovell V. (2010). A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Annals of Emergency Medicine* 56, 4, 413-423.
- MacMillan H.L., Wathen C.N., Jamieson E., Boyle M.H., Shannon H.S., Ford-Gilboe M., Worster A., Lent B., Coben J.H., Campbell J.C., McNutt L.A., McMaster Violence Against Women Research Group (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association* 302, 493-501.
- Rhodes K.V., Drum M., Anliker E., Frankel R.M., Howes D.S., Levinson W. (2006). Lowering the threshold for discussions of domestic violence: a randomized controlled trial of computer screening. *Archives of Internal Medicine* 166, 10, 1107-1114.

2.2 Assistenza delle vittime di violenza del partner

- Dua T., Barbui C., Clark N., Fleischmann A., Poznyak V., van Ommeren M., Yasamy M.T., Ayuso-Mateos J.L., Birbeck G.L., Drummond C., Freeman M., Giannakopoulos P., Levav I., Obot I.S., Omigbodun O., Patel V., Phillips M., Prince M., Rahimi-Movaghar A., Rahman A., Sander J.W., Saunders J.B., Servili C., Rangaswamy T., Unützer J., Ventevogel P., Vijayakumar L., Thornicroft G., Saxena S. (2011). Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine* 8, 11, e1001122.
- Kiely M., El-Mohandes A.A., El-Khorazaty M.N., Blake S.M., Gantz M.G. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 115, 273-283.
- Ramsay J. et al. (2006). *Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner abuse: a systematic review*. Department of Health, London.
- Sadowski L., Casteel C. (2010). Intimate partner violence towards women. *Clinical Evidence* (Online), Feb 24, pii:1013.

2.2.1 Interventi psicologici/di salute mentale

- Bisson J.I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., Turner S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 10, 1, 16-23.
- Gilbert L., El-Bassel N., Manuel J., Wu E., Go H., Golder S., Seewald R., Sanders G. (2006). An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence and Victims* 21, 5, 657-672.
- Howard L.M., Trevillion K., Agnew-Davies R. (2010). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry* 22, 5, 525-534.

- Kiely M., El-Mohandes A.A., El-Khorazaty M.N., Blake S.M., Gantz M.G. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 115, 273-283.
- Kubany E.S., Hill E.E., Owens J.A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Trauma and Stress* 16, 1, 81-91
- Kubany E.S., Hill E.E., Owens J.A., Iannce-Spencer C., McCaig M.A., Tremayne K.J., Williams P.L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 1, 3-18.
- Lieberman A.F., Van H.P., Ippen C.G. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 12, 1241-1248.
- Lieberman A.F., Ghosh I.C., Van H.P. (2006). Childparent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 8, 913-918.
- World Health Organization (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization, Geneva (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf).
- Zlotnick C., Capezza N., Parker D. (2011). An interpersonally based intervention for lowincome pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health* 14, 1, 55-65.

2.2.2 Interventi di advocacy/empowerment

- Bair-Merritt M.H., Jennings J.M., Chen R., Burrell L., McFarlane E., Fuddy L., Duggan A.K. (2010). Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 164, 16-23.
- Constantino R., Kim Y., Crane P.A. (2005). Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study. *Issues in Mental Health Nursing* 26, 6, 575-590.
- Cripe S.M., Sanchez S.E., Sanchez E., Ayala Quintanilla B., Hernández Alarcon C., Gelaye B., Williams M.A. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: a pilot intervention program in Lima, Peru. *Journal of Interpersonal Violence* 25, 2054-2076.
- Gillum T.L., Sun C.J., Woods A.B. (2009). Can a health clinic-based intervention increase safety in abused women: results from a pilot study. *Journal of Women's Health* 18, 8, 1259-1264.
- Humphreys J., Tsoh J.Y., Kohn M.A., Gerbert B. (2011). Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using video doctor plus provider cueing: a randomized, controlled trial. *Women's Health Issues* 21, 2, 136-144.
- Kiely M., El-Mohandes A.A., El-Khorazaty M.N., Blake S.M., Gantz M.G. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 115, 273-283.
- McFarlane J., Soeken K., Wiist W. (2000). An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nursing* 17, 6, 443-451.
- McFarlane J.M., Groff J.Y., O'Brien J.A., Watson K. (2006). Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Nursing Research* 55, 1, 52-61.
- Ramsay J., Carter Y., Davidson L., Dunne D., Eldridge S., Feder G., Hegarty K., Rivas C., Taft A., Warburton A. (2009). Advocacy interventions to reduce or

eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, CD005043.

- Sullivan C.M., Bybee D., Allen N. (2002). Findings from a community based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence* 17, 915-936.
- Taft A.J., Small R., Hegarty K.L., Watson L.F., Gold L., Lumley J.A. (2011). Mothers' Advocates In the Community (MOSAIC) – non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomized trial in primary care. *BMC Public Health* 11, 178-187.
- Tiwari A., Leung W.C., Leung T.W., Humphreys J., Parker B., Ho P.C. (2005). A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112, 9, 1249-1256.
- Tiwari A., Fong D.Y., Yuen K.H., Yuk H., Pang P., Humphreys J., Bullock L. (2010a). Effect of an advocacy intervention on mental health in Chinese women survivors of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 304, 5, 536-543.
- Tiwari A.F., Salili F., Chan R.Y., Chan E.K., Tang D. (2010b). Effectiveness of an empowerment intervention in abused Chinese women, Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 16, 3, 33-37.

2.2.3 Interventi madre-bambino

- Bair-Merriitt M.H., Jennings J.M., Chen R., Burrell L., McFarlane E., Fuddy L., Duggan A.K. (2010). Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 164, 16-23.
- Cohen J., Mannarino A.P., Iyengar S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder in children exposed to intimate partner violence. A randomized controlled trial. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 165, 1, 16-21.
- Jouriles E.N., McDonald R., Spiller L., Norwood W.D., Swank P.R., Stephens N., Ware H., Buzy W.M. (2001). Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 5, 774-785.
- McFarlane J.M., Groff J.Y., O'Brien J.A., Watson K. (2006). Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Nursing Research* 55, 1, 52-61.
- Lieberman A.F., Van H.P., Ippen C.G. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 12, 1241-1248.
- Lieberman A.F., Ghosh I.C., Van H.P. (2006). Childparent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, 8, 913-918.
- Sullivan C.M., Bybee D., Allen N. (2002). Findings from a community based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence* 17, 915-936.

2.2.4 Altri interventi

- Franzblau S.H., Echevarria S., Smith M., Van Cantfort T.E. (2008). A preliminary investigation of the effects of giving testimony and learning yogic breathing techniques on battered women's feelings of depression. *Journal of Interpersonal Violence* 23, 12, 1800-1808.
- Koopman C., Ismailji T., Holmes D., Classen C.C., Palesh O., Wales T. (2005).

The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *Journal of Health Psychology* 10, 211-221.

3. Assistenza clinica delle vittime di aggressione sessuale

World Health Organization (2003). *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. World Health Organization, Geneva (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/, accessed 10 April 2013).

World Health Organization (2004). *WHO/UNHCR Guidance on clinical management of rape*. WHO/UNHCR, Geneva.

WHO/UNHCR/UNFPA (2009). Clinical management of rape survivors. E-learning programme. Geneva, WHO/UNHCR/UNFPA.

World Health Organization (2011). *Psychological first aid*. World Health Organization, Geneva (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).

3.1 Interventi nei primi 5 giorni successivi all'aggressione

3.1.2 Contraccezione d'emergenza

American College of Obstetricians and Gynecologists (2010). Emergency contraception: practice bulletin. *Obstetrics & Gynecology* 115, 5, 1100-1109.

Cheng L., Gülmezoglu A.M., Piaggio G., Ezcurra E., Van Look P.F. (2008). Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, CD001324.

Creinin M.D., Schlaff W., Archer D.F., Wan L., Frezieres R., Thomas M., Rosenberg M., Higgins J. (2006). Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 108, 5, 1089-1097.

Glasier A.F., Cameron S.T., Fine P.M., Logan S.J., Casale W., Van Horn J., Sogor L., Bliethe D.L., Scherrer B., Mathe H., Jaspert A., Ulmann A., Gainer E. (2010). Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and metaanalysis. *The Lancet* 375, 555-562.

Holmes M.M., Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Best C.L. (1996). Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 175, 320-325.

Jina R., Jewkes R., Munjanja S.P., Mariscal J.D., Dartnall E., Gebrehiwot Y., FIGO Working Group. (2010). Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 109, 85-92.

McFarlane J., Malecha A., Watson K., Gist J., Batten E., Hall I., Smith S. (2005). Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics and Gynecology* 105, 1, 99-108.

Pallitto C.C., García-Moreno C., Jansen H.A., Heise L., Ellsberg M., Watts C., WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. (2013). Intimate partner violence, abortion and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 120, 1, 3-9.

World Health Organization (2010). *WHO medical eligibility criteria*. World Health Organization, Geneva.

WHO Department of Reproductive Health and Research and Family and

- Community Health. *Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd ed.* World Health Organization, Geneva, 2004.
- World Health Organization (2011). *WHO Model lists of essential medicines: Adults.* World Health Organization, Geneva.

3.1.3 Profilassi post-esposizione ad HIV: trattamento e aderenza al trattamento

- Abrahams N., Jewkes R., Lombard C., Mathews S., Campbell J., Meel B. (2010). Impact of telephonic psychosocial support on adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) after rape. *AIDS Care* 22, 10, 1173-1181.
- Boily M.C., Baggaley R.F., Wang L., Masse B., White R.G., Hayes R.J., Alary M. (2009). Heterosexual risk of HIV infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infectious Disease* 9, 2, 118-29.
- Cardo D.M., Culver D.H., Ciesielski C.A., Srivastava P.U., Marcus R., Abiteboul D., Heptonstall J., Ippolito G., Lot F., McKibben P.S., Bell D.M. (1997). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine* 337, 1485-90.
- Drezett J. (2002). Post-exposure prophylaxis in raped women. In: *IV International Conference on HIV infection in women and children.* Rio de Janeiro, Livro de Resumos. Universidade Federal do Rio De Janeiro, Brazil and Institute of Virology of Maryland, USA.
- García M.T., Figueiredo R.M., Moretti M.L., Resende M.R., Bedoni A.J., Papiordanou P.M. (2005). Post-exposure prophylaxis after sexual assaults: a respective cohort study. *Sexually Transmitted Diseases* 32, 4, 214-219.
- Roland M.E., Myer L., Martin L.J., Maw A., Batra P., Arend E., Coates T.J., Denny L.A. (2012). Preventing human immunodeficiency virus among sexual assault survivors in Cape Town, South Africa: an observational study. *AIDS and Behavior* 16, 4, 990-998.
- Wiebe E.R., Comay S.E., McGregor M., Ducceschi S. (2000). Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal* 162, 5, 641-645.
- World Health Organization/International Labour Organization (2007). *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection.* World Health Organization, Geneva (http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines/en/index.htm, accessed 10 April 2013).

3.1.4 Profilassi post-esposizione per le infezioni a trasmissione sessuale

- Centers for Disease Control and Prevention (2010). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 59, 91-93.
- Jina R., Jewkes R., Munjanja S.P., Mariscal J.D., Dartnall E., Gebrehiwot Y., FIGO Working Group (2010). Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 109, 85-92.

3.2 Interventi psicologici/di salute mentale

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Anderson T., Fende Guajardo J., Luthra R., Edwards K.M. (2010). Effects of clinician-assisted emotional disclosure for sexual assault survivors: a pilot study. *Journal of Interpersonal Violence* 25, 6, 1113-1131.
- Bisson J.I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., Turner S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic

- review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 10, 1, 16-23.
- Echeburua E. et al. (1996). Treatment of acute post-traumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders* 10, 3, 185-199.
- Foa E.B., Rothbaum B.O., Riggs D.S., Murdock T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioural procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 5, 715-723.
- Galovski T.E., Monson C., Bruce S.E., Resick P.A. (2009). Does cognitive-behavioural therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress* 22, 3, 197-204.
- Rahman A., Malik A., Sikander S., Roberts C., Creed F. (2008). Cognitive behaviour therapy based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a randomized controlled trial. *Lancet* 372, 9642, 902-9.
- Resick P.A. et al. (1988). A comparative outcome study of behavioural group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy* 19, 385-401.
- Resick P.A., Nishiith P., Weaver T.L., Astin M.C., Feuer C.A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 4, 867-879.
- Resick P.A., Schnicke M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 5, 748-756.
- Rothbaum B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic* 61, 3, 1-18.
- Rothbaum B.O., Astin M.C., Marsteller F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 18, 6, 607-616.
- World Health Organization (2011). *Psychological first aid*. World Health Organization, Geneva (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).
- World Health Organization (2009). *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2010c). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization, Geneva (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf).

4. Formazione degli operatori sanitari sulla violenza da partner e sessuale

- Bott S., Guedes A.C., Guezmes A. (2005). The health service response to sexual violence: lessons from IPPF/WHR members associations in Latin America. In: Jejeeboy S.J., Shah I., Thapa S., eds. *Sex without consent: young people in developing countries*. Zed Books Ltd, London, 251-268.
- Campbell J.C., Coben J.H., McLoughlin E., Dearwater S., Nah G., Glass N., Lee D., Durborow N. (2001). An evaluation of a system change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic Emergency Medicine Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 8, 2, 131-138.
- Coonrod D.V., Bay R.C., Rowley B.D., Del Mar N.B., Gabriele L., Tessman T.D., Chambliss L.R. (2000). A randomized controlled study of brief interventions

- to teach residents about domestic violence. *Academic Medicine - Journal of the Association of American Medical Colleges* 75, 1, 55-57.
- Donohoe J. (2010). Uncovering sexual abuse: evaluation of the effectiveness of The Victims of Violence and Abuse Prevention Programme. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17, 1, 9-18.
- Dubowitz H., Lane W.G., Semiatin J.N., Magder L.S., Venepally M., Jans M. (2011). The safe environment for every kid model: impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics* 127, 4, e962- 970.
- Feder G., Davies R.A., Baird K., Dunne D., Eldridge S., Griffiths C., Gregory A., Howell A., Johnson M., Ramsay J., Rutterford C., Sharp D. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence: a cluster randomised trial of a primary care training and support programme. *The Lancet* 19, 1788-1795.
- Garg A., Butz A.M., Dworkin P.H., Lewis R.A., Thompson R.E., Serwint J.R. (2007). Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics* 120, 3, 547-558.
- Grisurapong S. (2004). Health sector responses to violence against women in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand* 87, Suppl. 3, S227-234.
- Lo Fo Wong S., Wester F., Mol S.S., Lagro-Janssen T.L. (2006). Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomized control trial. *British Journal of General Practice* 56, 249-257.
- McLaughlin S.A., Monahan C., Doezema D., Crandall C. (2007). Implementation and evaluation of a training program for the management of sexual assault in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 49, 4, 489-494.
- Milone J.M., Burg M.A., Duerson M.C., Hagen M.G., Pauly R.R. (2010). The effect of lecture and a standardized patient encounter on medical student rape myth acceptance and attitudes toward screening patients for a history of sexual assault. *Teaching and Learning in Medicine* 22, 1, 37-44.
- Parekh V., Currie M., Brown C.B. (2005). A postgraduate sexual assault forensic medicine program: sexual assault medicine from scratch. *Medicine, Science and the Law* 45, 2, 121-128.
- World Health Organization (2010). *WHO medical eligibility criteria*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2002). *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. World Health Organization, Geneva.
- WHO/UNHCR/UNFPA (2009). *Clinical management of rape survivors. E-learning programme*. WHO/UNHCR/UNFPA, Geneva (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>, accessed 10 April 2013).

5. Politica sanitaria ed erogazione dei servizi sanitari

- Coyer S.M., Plonczynski D.J., Baldwin K.B., Fox P.G. (2006). Screening for violence against women in a rural health care clinic. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 6, 1, 47-54.
- Crandall C.S., Helitzer D. (2003). *Impact evaluation of a sexual assault nurse examiner (SANE) programme. Final Report for the U.S. Department of Justice, Document No. 203276, Award Number: 98-WTVX- 0027*
- Derhammer F., Lucente V., Reed J.F. 3rd, Young M.J. (2000). Using a SANE interdisciplinary approach to care of sexual assault victims. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 26, 8, 488-496.

- Fanslow J.L., Norton R.N., Robinson E.M. (1999). One year follow up of an emergency department protocol for abused women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 23, 4, 418-420.
- Fanslow J.L., Norton R.N., Robinson E.M., Spinola C.G. (1998). Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 22, 5, 598-603.
- Feder G., Davies R.A., Baird K., Dunne D., Eldridge S., Griffiths C., Gregory A., Howell A., Johnson M., Ramsay J., Rutterford C., Sharp D. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence: a cluster randomized controlled trial of a primary care training and support programme. *The Lancet* 378, 9805, 1788-1795.
- Gregory A., Ramsay J., Agnew-Davies R., Baird K., Devine A., Dunne D., Eldridge S., Howell A., Johnson M., Rutterford C., Sharp D., Feder G. (2010). Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 10, 1, 54.
- Harwell T.S., Casten R.J., Armstrong K.A., Dempsey S., Coons H.L., Davis M. (1998). Results of a domestic violence training programme offered to the staff of urban community health centres. *American Journal of Preventive Medicine* 15, 3, 235-242.
- Kim J.C., Askew I., Muvhango L., Dwane N., Abramsky T., Jan S., Ntlemo E., Chege J., Watts C. (2009). Comprehensive care and HIV prophylaxis after sexual assault in rural South Africa: the Refentse intervention study. *British Medical Journal* 338, 1559-1562.
- McCaw B., Berman W.H., Syme S.L., Hunkeler E.F. (2001). Beyond screening for domestic violence: a systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine* 2, 3, 170-176.
- Muñoz Cobos F., Martín Carretero M.L., Vivancos Escobar D., Blanca Barba F., Rodríguez Carrión T., Ruiz Ramos M. (2001). Improving care for victims of domestic violence. Impact of a priority intervention. *Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 28, 4, 241.
- Ramsden C., Bonner M. (2002). A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 10, 1, 31-39.
- Sampsel K., Szobota L., Joyce D., Graham K., Pickett W. (2009). The impact of a sexual assault/domestic violence program on ED care. *Journal of Emergency Nursing* 35, 4, 282-289.
- Spinola C., Stewart L., Fanslow J., Norton R. (1998). Developing and implementing an intervention. Evaluation of an emergency department pilot on partner abuse. *Evaluation & The Health Professions* 21, 1, 91-119.

6. Obbligo di segnalazione della violenza del partner

- Feldhaus K.M., Houry D., Utz A., Dewitt C. (2003). Physicians' knowledge of and attitudes toward a domestic violence mandatory reporting law. *Annals of Emergency Medicine* 41, 1, 159.
- Gerbert B., Caspers N., Bronstone A., Moe J., Abercrombie P. (1999). A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Annals of Internal Medicine* 131, 8, 578-584.
- Glass N., Dearwater S., Campbell J.C. (2001). Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven community hospital emergency departments in Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing* 27, 141-149.

- Rodriguez M.A., Craig A.M., Mooney D.R., Bauer H.M. (1998). Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence: implications for health care professionals. *West Journal of Medicine* 169, 337-341.
- Sachs C.J., Peck C., Baraff L.J., Hasselblad V. (1998). Failure of the mandatory domestic violence reporting law to increase medical facility referral to police. *Annals of Emergency Medicine* 31, 488-494.
- Smith J.S., Rainey S.L., Smith K.R., Alamares C., Grogg D. (2008). Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *Journal of Trauma Nursing* 1, 9-11.
- Tilden V.P., Schmidt T.A., Limandri B.J., Chiodo G.T., Garland M.J., Loveless P.A. (1994). Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health* 84, 4, 628-633.

Monitorare e valutare l'applicazione delle linee-guida

- Bloom S.S. (2005). *Violence against women and girls: a compendium of monitoring and evaluation indicators*. Measure Evaluation, Chapel Hill, NC (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-08-30>, accessed 12 April 2013).
- World Health Organization (2011). *Psychological first aid*. World Health Organization, Geneva, (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).

II. Esperti esterni e staff dell'OMS coinvolto nella preparazione delle linee-guida

Membri del “Guideline Development Group”

* Membri del Direttivo

Siti Hawa Ali

Associate Professor
School of Health Sciences
Universiti Sains Malaysia
Kampus Kesihatan, Kubang Krian,
16150
Kota Bharu, Kelantan
Malaysia

Maha A. Almuneef

(è stato impossibilitato a partecipare al meeting, ma è stato invitato a rivedere il documento finale)
Executive Director, National Family Safety Program
member of Princess Nora Bint Abdullah Women's Health Research Chair
King Saud University
Riyadh,
Saudi Arabia

Jacquelyn C. Campbell

Anna D. Wolf Chair, Gilman Scholar and Professor
National Director, Robert Wood Johnson Foundation
Nurse Faculty Scholars
The Johns Hopkins University
School of Nursing
525 N. Wolfe St., RM 436
Baltimore, MD 21205-2110
USA

Padma De Ost Hali*

Coordinator
Centre for Enquiry into Health &

Allied Themes Research Centre of Anusandhan Trust Sai
Ashray, Aram Society Road
Vakola, Santacruz (E), Mumbai 55
India

Gene Feder (Presidente del GDG)*

Professor of Primary Health Care
Academic unit of primary health care
School of Social and Community Medicine
University of Bristol
Canyng Hall, 39 Whatley Road
Bristol BS8 2PS,
UK

Kelsey Lee Hegarty

Associate Professor
Department of General Practice
University of Melbourne
Victoria 3010,
Australia

Louise M. Howard

Professor in Women's Mental Health & Head of Section of Women's Mental Health
Health Service and Population Research Department
PO31 Institute of Psychiatry
King's College London
De Crespigny Park
London SE5 8AF,
UK

Rachel Jewkes*

Director
Gender & Health Research Unit
Medical Research Council
Private Bag X385
Pretoria 0001
South Africa

Ruxana Jina

University of the Witwatersrand
PRIVATE BAG 3, WITS
Post Office WITS Johannesburg
Johannesburg, Gauteng
South Africa

Joanne Klevens

Centers for Disease Control
National Center for Injury Control
and Prevention
Division of Violence Prevention
Prevention Development and
Evaluation
4770 Buford Hwy, Mailstop F-63
Atlanta, GA 30341
USA

Sylvie Lo Fo Wong

Family physician/senior researcher
Radboud University Nijmegen
Medical Centre
Department of Primary &
Community Care
Gender & Women's Health
POB 9101/117
6500 HB Nijmegen
Netherlands

Judith McFarlane

Parry Chair in Health Promotion &
Disease Prevention
PI – Mother Child Study To Inform
Practice & Policy
Professor, Texas Woman's University,
College of Nursing Houston, TX
77030
USA
Visiting Professor
Aga Khan University, School of
Nursing and
Midwifery, Karachi, Pakistan

Harriet Macmillan

Professor, Departments of Psychiatry
and Behavioural Neurosciences and
Pediatrics
David ® Dan Offord Chair in Child
Studies
Offord Centre for Child Studies
McMaster University
Patterson Building, 1280 Main Street
West
Hamilton, Ontario L8S 4K1
Canada

Sandra L. Martin*

Professor, The University of North
Carolina at Department of Maternal
and Child Health
Rosenau Hall, CB#7400
Chapel Hill, NC 27599-7400
USA

Jagadeesh. Narayana Reddy

Professor of Forensic Medicine
Vydehi Institute of Medical Sciences
& Research Centre
82, EPIP area, Whitefield
Bangalore-560066, Karnataka
India

Josephine Njoroge (fino a Gennaio
2012)

Liverpool VCT Care & Treatment
P.O. Box 19835-00202 Nairobi
Kenya

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Departamento de Medicina
Preventiva FMUSP
Av Dr Arnaldo, 455, segundo andar
São Paulo – SP
CEP: 01246903
Brazil

Aurora del Río Zolezzi

Deputy Director General of Gender Equity
National Center for Gender Equity and Reproductive Health
Ministry of Health Mexico
Mexico D.F.,
Mexico

Laura Sadowski*

Co-Director, Collaborative Research Unit
Cook County Hospital
1900 W. Polk Street 16th floor
Chicago, Illinois 60612
USA

Agnes Tiwari

Professor and Head
School of Nursing
The University of Hong Kong
Li Ka Shing Faculty of Medicine
4/F, William MW Mong Block
21 Sassoon Road, Pokfulam
Hong Kong

Zhao Gengli

Associate Professor and Director
Women's and Children's Health
Center of Peking University
#1 XiAnMen Street
Beijing, 100034
People's Republic of China

Segreteria OMS

Ufficio Regionale per le Americhe
(AMRO)

Alessandra C. Guedes

Regional Advisor, Intra-Family
Violence
Area of Sustainable Development and

Environmental Health (SDE)
Washington, DC,
USA

Ufficio regionale per l'Europa
(EURO)

Isabel Yordi

Regional Gender Advisor,
Copenhagen,
Denmark

WHO/HQ – Dipartimento di
salute riproduttiva e Ricerca
(RHR)

Claudia García-Moreno (Direttore)*

Lead Specialist
Gender, Rights, Sexual Health and
Adolescence
(GRR)

Metin Gulme Zoglu

Medical Officer
Technical Cooperation with
Countries for SRH
(TCC)

Catherine Daribi

Assistant, GRR
Nancy TURNBULL *
Project Manager
London, UK

WHO/HQ – Dipartimento di salute
mentale e abuso di sostanze

Mark Van Omme Ren

Scientist
Mental Health: Evidence and
Research (MER)

WHO/HQ – Dipartimento per la
prevenzione della violenza e dei
traumi

Christopher Mikton

Technical Officer, VIP

Peer reviewers

Dr Nicola Christofides

School of Public Health Sciences
Faculty
University of Witwatersrand
7 York Road Parktown 2193
South Africa

Lina Digolo-Nyagah

Liverpool VCT Care & Treatment
PO Box 19835–00202
Nairobi
Kenya

Dr Jill Keesbury

Formerly the Programme planner of
the Population Council,
Zambia

Prof Bob Mash

Head of Division, Family Medicine
and Primary Care University of
Stellenbosch
South Africa

Dr Maha Al Muneef

Saudia Arabia – cfr. GDG

Dr Vivienne Nathanson per conto di
World Medical Association 13 chemin
du Levant (Bâtiment A) 01210
Ferney-Voltaire France

Prof Michael Rodriguez

Department of Family and
Community Medicine San Francisco
General Hospital
Medical Center University of
California, San
Francisco (UCSF)
San Francisco, CA 94110
USA

Dr Francelina Romao

Gender Adviser
Ministry of Health
Maputo,
Mozambique

Dr Nadine Wathen

McMaster University
Patterson Building, 1280 Main Street
West
Hamilton, Ontario L8S 4K1
Canada

Jiuling Wu

National Center for Women &
Children Health, Chinese Center for
Disease Control and Prevention
Building A No.13 Dongtucheng Rd.
Chaoyang District, Beijing 100013
China

Dichiarazione sul conflitto di interessi da parte del “Guideline Development Group”

Tutti i membri hanno sottomesso il modulo di dichiarazione sul conflitto di interessi. All’inizio della riunione, tutti i membri hanno dichiarato verbalmente i loro interessi al gruppo. Questo non è un campo dove vi sono forti interessi commerciali; vi sono comunque forti opinioni dichiarate pubblicamente e interessi di ricerca, compresi i finanziamenti per quest’ultima. Si tratta anche di un ambito piuttosto limitato e gli autori dei molti lavori revisionati in queste linee-guida hanno anche fatto parte del GDG. Pertanto, prima di iniziare qualsiasi discussione, i membri hanno dichiarato qualora:

- fossero coinvolti come

investigatori in qualcuno degli studi oggetto di discussione

- stessero attualmente conducendo qualche studio in tale ambito
- fossero riconosciuti come aventi un’opinione dichiarata pubblicamente.

Il Presidente ha affermato di avere un’opinione dichiarata pubblicamente riguardo lo screening universale e quindi non ha presieduto il dibattito su tale argomento. Molti membri del GDG erano ricercatori che hanno partecipato ad alcuni trial oggetto di discussione, e durante questi dibattiti hanno quindi ricoperto il ruolo di esperti senza prendere parte alla discussione vera e propria. Nelle altre discussioni, la piena partecipazione è stata considerata adeguata. Altri partecipanti hanno dichiarato di non aver alcun conflitto di interessi.

III. Elenco delle revisioni complete e delle tabelle riguardanti le evidenze scientifiche

I criteri standardizzati utilizzati nella classificazione delle evidenze e le tabelle GRADE non sono inclusi in questo documento. Sono disponibili le revisioni complete, con l'aggiunta di tutte le tabelle delle evidenze. Un elenco dei singoli documenti (disponibile su richiesta da rho@who.int) è riportato qui di seguito.

	Supplemento	
	Revisione	Tabelle delle evidenze
Interventi clinici per violenza da partner, inclusa l'identificazione della violenza	1a. Evidence summary: Identification and care for survivors of intimate partner violence	1b Extraction tables: Identification and care for survivors of intimate partner violence
Interventi clinici per aggressione sessuale	2a Evidence summary: Care for survivors of sexual assault	2b Extraction tables: Care for survivors of sexual assault
Formazione	3a Evidence summary: Training of health-care providers on intimate partner violence and sexual violence	3b Extraction tables: Training of health-care providers on intimate partner violence and sexual violence
Erogazione di assistenza sanitaria	4a Evidence summary: Health-care policy and provision	4b Extraction tables: Health-care policy and provision
Segnalazione obbligatoria	5a Evidence summary: Mandatory reporting of intimate partner violence	5b Extraction tables: Mandatory reporting of intimate partner violence

Giovanni Fioriti Editore - Roma

Psicotraumatologia

diretta da Vincenzo Caretti, Giuseppe Craparo,
Adriano Schimmenti

La depressione perinatale, a cura di Vincenzo Caretti, Nicoletta Ragonese,
Cettina Crisafi, 2013, pp. 270, € 25,00.

Il trauma e il cliente evitante, di Robert T. Muller, 2014, pp. 207, € 22,00.

Dal catalogo

Malcolm Potts e Roger Short

Sempre da Adamo ed Eva.

Evoluzione della sessualità umana

Ruth A. Lanius, Eric Vermetten, Clare Pain

L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. Epidemia nascosta

Maggie Schauer, Frank Neuner, Thomas Elbert

Terapia dell'esposizione narrativa

Peter Gluckman, Alan Beedle e Mark Hanson

Principi di medicina evoluzionistica

Alfonso Troisi

La mente dipinta.

*La scienza del comportamento nascosta
nei capolavori della pittura*

Stampato da Atena.net
per conto di Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

La violenza contro le donne rappresenta un problema centrale di sanità pubblica e di protezione dei diritti umani, e tra le sue forme più pervasive vi sono la violenza commessa da un partner e la violenza sessuale. Gli operatori sanitari sono in una posizione unica per rispondere ai bisogni psicosociali e sanitari delle donne che hanno subito violenza, e le linee-guida dell'OMS forniscono chiare indicazioni in questa direzione.

**Giovanni de Girolamo
medico psichiatra**

**Patrizia Romito
Università di Trieste**

€ 14,00

info@fioriti.it
www.fioriti.it
www.clinicalneuropsychiatry.org

