

quaderni di sanità pubblica

Violenza e salute nel mondo

Rapporto dell'Organizzazione
Mondiale della Sanità
(Parte prima)



Organizzazione Mondiale della Sanità

C I S
EDITORE

Quaderni di sanità pubblica

Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 sotto il titolo "World Report on Violence and Health".

© World Health Organization 2002

Il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha gentilmente concesso a CIS Editore srl i diritti di tradurre e pubblicare in italiano questo testo. L'editore italiano è il solo responsabile dell'accuratezza della traduzione.

Published by the World Health Organization in 2002 under the title "World Report on Violence and Health".

© World Health Organization 2002

The Director-General of the World Health Organization has granted the translation rights for an edition in Italian to the CIS Editore srl, which is solely responsible for the accuracy of the Italian edition.

Traduzione

Elena Fossati

I **"Quaderni di sanità pubblica"** sono pubblicati da CIS Editore S.r.l. - Via San Siro, 1 - 20149 Milano (tel. 02 / 4694542 - 4691675, fax 02 / 48193584; e-mail: ciseditore@ciseditore.it). **Direttore Responsabile:** Antonio Brenna. Stampa: Nava Stampa & Grafica, Villasanta. Registrazione Tribunale di Milano n. 153 del 30 marzo 1978 - ISSN 0393-9529. Abbonamento annuo (4 numeri) € 34,50. Si possono richiedere anche singoli numeri arretrati (numero singolo € 10,00, doppio € 15,00). Pagamento tramite assegno, vaglia postale o c/c postale n. 13694203 intestato a "CIS Editore" - Via San Siro, 1 - 20149 Milano.

SOMMARIO

Avvertenza per il lettore	5
Presentazione	7
Prefazione	9
Collaboratori	11
Ringraziamenti	14
Introduzione	15
1. La violenza: un problema globale di salute pubblica	19
Background	19
In che modo un approccio di salute pubblica può essere di aiuto?	20
Definire la violenza	21
Tipologia della violenza	22
Misurare la violenza e il suo impatto	25
Sintesi delle conoscenze attuali	28
Esaminare le radici della violenza: un modello ecologico	32
In che modo è possibile prevenire la violenza?	35
Problemi per i responsabili delle decisioni a livello nazionale	39
Conclusioni	40
Bibliografia	40
2. La violenza giovanile	44
Background	44
Le dimensioni del problema	44
Le dinamiche della violenza giovanile	52
Quali sono i fattori di rischio per la violenza giovanile?	54
Cosa si può fare per prevenire la violenza giovanile?	62
Raccomandazioni	73
Conclusioni	76
Bibliografia	76
3. L'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini da parte dei genitori e di chi se ne occupa	85
Background	85
Come vengono definiti l'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini?	85
Le dimensioni del problema	86

Quali sono i fattori di rischio per l'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini?	94
Le conseguenze dell'abuso sull'infanzia	98
Cosa si può fare per prevenire l'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini?	100
Raccomandazioni	110
Conclusioni	113
Bibliografia	113
 4. La violenza da parte del partner	 121
Background	121
Le dimensioni del problema	121
Le dinamiche della violenza da parte del partner	128
Quali sono i fattori di rischio per la violenza da parte del partner?	132
Le conseguenze della violenza da parte del partner	137
Cosa si può fare per prevenire la violenza da parte del partner?	141
Principi di buona pratica	150
Raccomandazioni	152
Conclusioni	154
Bibliografia	154
 Appendice statistica	 165
Background	165
Metodi	166
Bibliografia	168

Avvertenza per il lettore

La diffusione della violenza, sotto le forme più diverse, costituisce purtroppo uno dei tratti salienti della società contemporanea. Quali le conseguenze sulle condizioni di salute della popolazione riconducibili alla violenza? Il presente Rapporto fornisce una risposta esauriente a questo interrogativo, che è stato formalmente sollevato dai Paesi partecipanti alla Quarantanovesima Conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità svoltasi nell'ormai lontano 1996.

L'apertura del Rapporto – che consta di una presentazione di Nelson Mandela, della prefazione del Direttore generale dell'OMS, Gro Harlem Brundtland, e di un'ampia introduzione – accanto a una completa sintesi dei contenuti, espone esaustive considerazioni e valutazioni di sintesi.

L'abituale editoriale appare pertanto superfluo. Un'avvertenza per il lettore è tuttavia necessaria. Il Rapporto è diviso per argomenti autoconcludentesi. Il capitolo introduttivo, che tratta delle caratteristiche prevalenti della violenza in genere e della metodologia più adatta per affrontarla sul piano conoscitivo, è seguito da capitoli rivolti ad approfondire i vari tipi di violenza: quella tra giovani, quella subita dall'infanzia, quella che affligge i rapporti di coppia, la violenza sessuale e così via. Ogni capitolo è compendiato da "raccomandazioni" oltre che da conclusioni e bibliografia. Ciò consente di presentare ai nostri lettori il voluminoso materiale prodotto dall'OMS – si noti, in ben sette anni di lavoro – su due fascicoli distinti. Il presente, oltre al capitolo introduttivo, si occupa della violenza giovanile, di quella sull'infanzia e della violenza di coppia. Esso viene completato dall'Appendice statistica. Le conseguenze della violenza sugli anziani, della violenza sessuale, della violenza autoinflitta (suicidio incluso) e della violenza collettiva, vengono invece trattate nel fascicolo successivo che sarà completato da un capitolo conclusivo che espone le "raccomandazioni" dettate dall'OMS al proposito.

Presentazione

Il ventesimo secolo verrà ricordato come un secolo segnato dalla violenza. Ci addolora con il suo carico di distruzioni di massa, di violenza inflitta su scala mai vista e non immaginabile precedentemente nella storia degli uomini. Questo carico – il risultato di nuove tecnologie al servizio di ideologie basate sull'odio – non è l'unico che ci affligge, né l'unico di cui ci dobbiamo occupare.

Meno visibile, ma forse ancora più diffuso, è il peso della sofferenza quotidiana, individuale. È il dolore dei bambini che subiscono abusi da parte delle persone che dovrebbero proteggerli, delle donne percosse o umiliate da partner violenti, degli anziani maltrattati da chi li assiste, dei giovani tiranneggiati da altri giovani e di persone di ogni età che si fanno del male. Questa sofferenza – e potrei citare molti altri esempi – è un carico che si riproduce, poiché le nuove generazioni apprendono dalla violenza della generazione precedente, le vittime imparano dai loro carnefici e le condizioni sociali che alimentano la violenza vengono lasciate proliferare. Nessun paese, nessuna città, nessuna comunità ne è immune. D'altro canto, noi non siamo impotenti di fronte a questo problema.

La violenza prolifera dove non c'è democrazia, dove manca il rispetto per i diritti umani e il buongoverno. Spesso discutiamo di come una “cultura della violenza” possa mettere radici. Ciò è indubbiamente vero: come sudafricano che ha vissuto l'apartheid e ne sta vivendo le conseguenze, l'ho vista e l'ho vissuta. È anche vero che le modalità di comportamento violento sono più diffuse e radicate nelle società in cui l'autorità avalla il ricorso alla violenza con le proprie azioni. In molte società, la violenza è così radicata da vanificare le speranze di sviluppo economico e sociale. Non possiamo lasciare che questa situazione continui.

Molti di coloro che convivono quasi quotidianamente con la violenza ritengono che essa sia un aspetto intrinseco della condizione umana. Ma non è così. La violenza può essere prevenuta. Le culture violente possono essere rovesciate. Nel mio paese e in tutto il mondo vediamo brillanti esempi di come la violenza possa essere combattuta. I governi, le comunità e gli individui possono fare la differenza.

Do il benvenuto a questo primo *Rapporto mondiale su violenza e salute*. Questo testo rappresenta un importante contributo alla comprensione della violenza e del suo impatto sulla società. Ne illustra le diverse manifestazioni, dalla sofferenza “invisibile” degli individui più vulnerabili della società alla troppo visibile tragedia dei popoli in conflitto. Migliora la nostra analisi dei fattori che la determinano e delle possibili risposte dei diversi settori della società. In questo modo ci ricorda che la sicurezza e la tranquillità non sono realtà casuali: sono il risultato del consenso collettivo e dell'investimento pubblico.

Questo Rapporto illustra e offre raccomandazioni per l'azione a livello locale, nazionale e internazionale. Rappresenta quindi uno strumento di valore incalcolabile per i politici, i ricercatori, i professionisti, i sostenitori e i volontari coinvolti nella prevenzione della violenza. Se per tradizione la violenza è sempre stata considerata un problema di pertinenza del sistema della giustizia penale, questo testo sottolinea con forza l'importanza del coinvolgimento di tutti i settori della società nell'impegno di prevenzione.

Il nostro compito è quello di dare ai nostri figli – i cittadini più vulnerabili in qualsiasi

società – una vita libera dalla violenza e dalla paura. A questo scopo dobbiamo impegnarci instancabilmente a costruire la pace, la giustizia e la prosperità non solo in ogni paese, ma anche in ogni comunità e tra i membri di una stessa famiglia. Dobbiamo occuparci delle radici della violenza. Solo a quel punto trasformeremo il carico del secolo passato da peso schiacciante a lezione di ammonimento.

Nelson Mandela

Prefazione

La violenza permea la vita di molti individui in tutto il mondo, e ci riguarda tutti in qualche modo. Per molte persone stare lontani dal pericolo significa chiudere a chiave porte e finestre ed evitare luoghi pericolosi. Per altri non esiste via di fuga. La minaccia della violenza è dietro quelle porte, ben nascosta alla vista degli altri. E per chi vive in una situazione di guerra e conflitto, la violenza permea ogni aspetto della vita.

Questo Rapporto, la prima presentazione esaustiva del problema su scala mondiale, mostra non solo il tributo di vite umane alla violenza – più di 1,6 milioni di vite perse ogni anno e un numero ancora superiore di persone ferite in modo non sempre evidente – ma analizza i diversi aspetti della violenza interpersonale, collettiva e autoinflitta, così come i contesti in cui la violenza si manifesta. Sottolinea come anche la salute venga gravemente compromessa nelle situazioni in cui persiste la violenza. Questo Rapporto ci costringe a interrogarci sotto diversi punti di vista. Ci obbliga a superare le nostre nozioni di ciò che è accettabile e confortevole, a mettere in dubbio l'assunto in base al quale gli atti di violenza sono semplicemente problemi familiari, di scelta individuale o inevitabili aspetti della vita.

La violenza è un problema complesso legato a modalità di pensiero e di comportamento definite da una molteplicità di forze all'interno delle nostre famiglie e delle nostre comunità, forze che possono anche trascendere i confini nazionali. Questo Rapporto ci esorta a collaborare con un'ampia gamma di partner e a far nostro un approccio attivo, scientifico e globale.

Possediamo alcuni degli strumenti e delle conoscenze necessari per modificare la situazione – gli stessi strumenti utilizzati con successo per affrontare altri problemi di salute. Ciò traspare da tutto il Rapporto. Siamo anche in grado di utilizzare le nostre conoscenze nel modo più appropriato. La violenza è spesso prevedibile ed evitabile. Come altri problemi di salute, non è distribuita in modo uniforme tra i diversi gruppi di popolazione o nelle diverse situazioni. Molti dei fattori che incrementano il rischio di violenza sono presenti nelle diverse modalità di violenza e sono modificabili.

Un tema che viene continuamente ribadito in tutto il Rapporto riguarda l'importanza della prevenzione primaria. Anche investimenti limitati possono determinare benefici ampi e duraturi, ma non senza la determinazione dei leader e il sostegno agli sforzi di prevenzione da parte di molteplici partner della sfera pubblica e di quella privata, dai paesi industrializzati e da quelli in via di sviluppo.

La salute pubblica ha compiuto alcuni notevoli progressi negli ultimi decenni, soprattutto per quanto riguarda la riduzione dei tassi relativi a diverse malattie infantili. Tuttavia, salvare i nostri figli da queste malattie solamente per farli cadere vittime della violenza o per perderli più avanti a causa di un partner violento, per la crudeltà di guerre o conflitti, per ferite autoinflitte o suicidio rappresenterebbe un fallimento della sanità pubblica.

Se da un lato la sanità pubblica non offre tutte le risposte a questo problema complesso, siamo comunque decisi ad agire per quanto è nelle nostre possibilità per prevenire la violenza su scala mondiale. Questo Rapporto sarà d'aiuto nell'individuare una risposta globale alla violenza e nel rendere il mondo un luogo più sicuro e più sano per tutti. Vi invito a leggere

questo Rapporto con attenzione, e a unirvi a me, e ai tanti esperti nel campo della prevenzione della violenza che da tutto il mondo vi hanno collaborato, per mettere in pratica il suo richiamo all'azione.

Gro Harlem Brundtland
Direttore Generale
Organizzazione Mondiale della Sanità

Collaboratori

Indicazioni redazionali

Comitato di redazione

Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, Rafael Lozano.

Redattore esecutivo

Linda L. Dahlberg.

Advisory Committee

Nana Apt, Philippe Biberson, Jacquelyn Campbell, Radhika Coomaraswamy, William Foege, Adam Graycar, Rodrigo Guerrero, Marianne Kastrup, Reginald Moreels, Paulo Sergio Pinheiro, Mark L. Rosenberg, Terezinha da Silva, Mohd Sham Kasim.

Segreteria OMS

Ahmed Abdullatif, Susan Bassiri, Assia Brandrup-Lukanow, Alberto Concha-Eastman, Colette Dehlot, Antonio Pedro Filipe, Viviana Mangiaterra, Hisahi Ogawa, Francesca Racioppi, Sawat Ramaboot, Pang Ruyan, Gyanendra Sharma, Safia Singhateh, Yasuhiro Suzuki, Nerayo Tecklemichael, Tomris Turmen, Madan Upadhyay, Derek Yach.

Consulenti regionali

Regione africana

Nana Apt, Niresh Bhagwandin, Chiane Esther, Helena Zacarias Pedro Garinne, Rachel Jewkes, Naira Khan, Romilla Maharaj, Sandra Marais, David Nyamwaya, Philista Onyango, Welile Shasha, Safia Singhateh, Isseu Diop Touré, Greer van Zyl.

Regione delle Americhe

Nancy Cardia, Arturo Cervantes, Mariano Ciafardini, Carme Clavel-Arcas, Alberto Concha-Eastman, Carlos Fletes, Yvette Holder, Silvia Narvaez, Mark L. Rosenberg, Ana Maria Sanjuan, Elizabeth Ward.

Regione dell'Asia sud-orientale

Srikala Bharath, Vijay Chandra, Gopalakrishna Gururaj, Churnrutai Kanchanachitra, Mintarsih Latief, Panpimol Lotrakul, Imam Mochny, Dinesh Mohan, Thelma Narayan, Harsaran Pandey, Sawat Ramaboot, Sanjeeva Ranawera, Poonam Khetrapal Singh, Prawate Tantipiwatanaskul.

Regione europea

Franklin Apfel, Assia Brandrup-Lukanow, Kevin Browne, Gani Demolli, Joseph Goicoechea, Karin Helweg-Larsen, Mária Herczog, Joseph Kasonde, Kari Killen, Viviana Mangiaterra, Annemiek Richters, Tine Rikke, Elisabeth Schauer, Berit Schei, Jan Theunissen, Mark Tsechkovski, Vladimir Verbitski, Isabel Yordi.

Regione del Mediterraneo orientale

Saadia Abenaou, Ahmed Abdullatif, Abdul Rahman Al-Awadi, Shiva Dolatabadi, Albert Jokhadar, Hind Khattab, Lamis Nasser, Asma Fozia Qureshi, Sima Samar, Mervat Abu Shabana.

Regione del Pacifico occidentale

Liz Eckermann, Mohd Sham Kasim, Bernadette Madrid, Pang Ruyan, Wang Yan, Simon Yanis.

Autori e revisori

Capitolo 1. La violenza: un problema globale di salute pubblica

Autori: Linda L. Dahlberg, Etienne G. Krug.

Box: Alberto Concha-Eastman, Rodrigo Guerrero (1.1); Alexander Butchart (1.2); Vittorio Di Martino (1.3).

Capitolo 2. La violenza giovanile

Autori: James A. Mercy, Alexander Butchart, David Farrington, Magdalena Cerda'.

Box: Magdalena Cerdá (2.1); Alexander Butchart (2.2).

Revisori: Nancy Cardia, Alberto Concha-Eastman, Adam Graycar, Kenneth E. Powell, Mohamed Seedat, Garth Stevens.

Capitolo 3. L'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini da parte dei genitori e di chi se ne occupa

Autori: Desmond Runyan, Corrine Wattam, Robin Ikeda, Fatma Hassan, Laurie Ramiro.

Box: Desmond Runyan (3.1); Akila Belembaogo, Peter Newell (3.2); Philista Onyango (3.3); Magdalena Cerdá, Mara Bustelo, Pamela Coffey (3.4).

Revisori: Tilman Furniss, Fu-Yong Jiao, Philista Onyango, Zelided Alma de Ruiz.

Capitolo 4. La violenza da parte del partner

Autori: Lori Heise, Claudia Garcia-Moreno.

Box: Mary Ellsberg (4.1); Pan American Health Organization (4.2); Lori Heise (4.3).

Revisori: Jill Astbury, Jacquelyn Campbell, Radhika Coomaraswamy, Terezinha da Silva.

Capitolo 5. L'abuso nei confronti degli anziani

Autori: Rosalie Wolf, Lia Daichman, Gerry Bennett.

Box: HelpAge International Tanzania (5.1); Yuko Yamada (5.2); Elizabeth Podnieks (5.3).

Revisori: Robert Agyarko, Nana Apt, Malgorzata Halicka, Jordan Kosberg, Alex Yui-Huen Kwan, Siobhan Laird, Ariela Lowenstein.

Capitolo 6. La violenza sessuale

Autori: Rachel Jewkes, Purna Sen, Claudia Garcia-Moreno.

Box: Rachel Jewkes (6.1); Ivy Josiah (6.2); Fatma Khafagi (6.3); Nadine France, Maria de Bruyn (6.4).

Revisori: Nata Duvvury, Ana Flávia d'Oliveira, Mary P. Koss, June Lopez, Margarita Quintanilla Gordillo, Pilar Ramos-Jimenez.

Chapter 7. La violenza autoinflitta

Autori: Diego DeLeo, Jose' Bertolote, David Lester.

Box: Ernest Hunter, Antoon Leenaars (7.1); Danuta Wasserman (7.2).

Revisori: Annette Beautrais, Michel Grivna, Gopalakrishna Gururaj, Ramune Kalediene, Arthur Kleinman, Paul Yip.

Chapter 8. La violenza collettiva

Autori: Anthony B. Zwi, Richard Garfield, Alessandro Loretto.

Box: James Welsh (8.1); Joan Serra Hoffman, Jose Teruel, Sylvia Robles, Alessandro Loretto (8.2); Rachel Brett (8.3).

Revisori: Suliman Baldo, Robin Coupland, Marianne Kastrup, Arthur Kleinman, David Meddings, Paulo Sergio Pinheiro, Jean Rigal, Michael Toole.

Chapter 9. Il futuro: raccomandazioni per l'azione

Autori: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, Andrew Wilson.

Box: Tyrone Parks, Shereen Usdin, Sue Goldstein (9.1); Joan Serra Hoffman, Rodrigo Guerrero, Alberto Concha-Eastman (9.2); Laura Sminkey, Etienne G. Krug (9.3).

Appendice statistica

Colin Mathers, Mie Inoue, Yaniss Guigoz, Rafael Lozano, Lana Tomaskovic.

Fonti

Laura Sminkey, Alexander Butchart, Andrés Villaveces, Magdalena Cerdá.

Ringraziamenti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Comitato di Redazione desiderano ricordare in modo particolare il principale autore del capitolo sull'abuso nei confronti degli anziani, Rosalie Wolf, deceduta nel giugno 2001. Essa ha offerto un incalcolabile contributo nel campo dell'assistenza e della protezione degli anziani dall'abuso e dall'incuria e ha dato prova di un impegno continuo nei confronti di questo gruppo di popolazione particolarmente vulnerabile e spesso senza voce.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità desidera ringraziare tutti gli autori, i revisori, i collaboratori e consulenti: la loro dedizione, il loro sostegno e la loro competenza hanno reso possibile questo Rapporto.

Questa pubblicazione si è avvalsa anche del contributo di molte altre persone. In particolare si desidera ringraziare Tony Kahane, che ha rivisto la bozza del manoscritto, Carolin Allsopp e Angela Haden che hanno curato il testo finale. I ringraziamenti vanno anche a: Sue Armstrong e Andrew Wilson per il riassunto del Rapporto; Laura Sminkey, per aver fornito inestimabile assistenza al Comitato di redazione nella gestione e nel coordinamento quotidiani del progetto; Marie Fitzsimmons per l'assistenza redazionale; Catherine Currat, Karin Engstrom, Nynke Poortinga, Gabriella Rosen e Emily Rothman per l'assistenza alla ricerca; Emma Fitzpatrick, Helen Green, Reshma Prakash, Angela Raviglione, Sabine van Tuyll van Serooskerken e Nina Vugman per le comunicazioni; Simone Colairo, Pascale Lanvers, Angela Swetloff-Coff e Stella Tabengwa per il sostegno amministrativo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità desidera inoltre ringraziare la California Wellness Foundation, il Global Forum for Health Research, i governi di Belgio, Finlandia, Giappone, Svezia e del Regno Unito, la Rockefeller Foundation e i Centres for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti per il loro generoso sostegno finanziario all'elaborazione e alla pubblicazione di questo Rapporto.

Introduzione

Nel 1996, la 49ª Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato la risoluzione WHA49.25, in cui si dichiara che la violenza è un problema di salute pubblica di fondamentale importanza e in progressiva espansione in tutto il mondo (vedere il Box per il testo completo).

In questa risoluzione, l'Assemblea ha sottolineato in particolare le gravi conseguenze della violenza – sia a breve che a lungo termine – per i singoli individui, le famiglie, le comunità e i paesi e ha evidenziato gli effetti dannosi della violenza stessa sui servizi di assistenza sanitaria.

L'Assemblea ha sollecitato gli stati membri affinché dedicassero immediata attenzione al problema della violenza all'interno dei propri confini, e ha chiesto al Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di definire delle attività di salute pubblica che affrontassero il problema.

Il presente testo, il primo *Rapporto mondiale su violenza e salute*, costituisce una parte importante della risposta dell'OMS alla risoluzione WHA49.25. Si rivolge a soprattutto a ricercatori e professionisti. Quest'ultima categoria comprende operatori dell'assistenza sanitaria, operatori sociali, professionisti coinvolti nell'elaborazione e nell'implementazione di programmi e servizi di prevenzione, educatori e funzionari del sistema giudiziario. È disponibile anche un riassunto del rapporto⁽¹⁾.

Obiettivi

Gli obiettivi del rapporto consistono nell'incrementare la consapevolezza relativa al problema della violenza a livello globale e nel dimostrare che la violenza si può prevenire e che la sanità pubblica ha un ruolo fondamentale nel trattarne le cause e le conseguenze.

Gli obiettivi più specifici sono:

- descrivere la portata e l'impatto della violenza in tutto il mondo;
- descrivere i fattori di rischio più importanti per la violenza;
- fornire una panoramica dei diversi tipi di intervento e di risposte politiche sperimentati, e riassumere ciò che si conosce della loro efficacia;
- formulare raccomandazioni per l'azione a livello locale, nazionale e internazionale.

Argomenti e raggio d'azione

Questo rapporto esamina i diversi tipi di violenza presenti a livello mondiale nella vita quotidiana delle persone, che costituiscono la maggior parte dell'onere di salute dovuto alla violenza. Il contenuto, pertanto, è stato suddiviso in nove capitoli⁽²⁾, che trattano i seguenti argomenti:

1. La violenza: un problema globale di salute pubblica
2. La violenza giovanile
3. L'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini da parte dei genitori e di chi se ne occupa

1. *World report on violence and health: a summary*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002.

2. I capitoli 5-9 del Rapporto e le fonti internet saranno pubblicati nel prossimo numero dei *Quaderni* (Ndr).

Prevenire la violenza: una priorità per la salute pubblica (Risoluzione WHA 49.25)

La 49esima Assemblea Mondiale della Sanità,

osservando con notevole preoccupazione il drammatico aumento a livello mondiale dell'incidenza delle lesioni intenzionali a danno degli individui di ogni età e di entrambi i sessi, ma soprattutto di donne e bambini;

condividendo il richiamo espresso dalla dichiarazione del Summit mondiale per lo sviluppo sociale relativo all'introduzione e all'implementazione di politiche e programmi specifici per la salute pubblica e i servizi sociali al fine di prevenire la violenza nella società e di mitigarne gli effetti;

condividendo le raccomandazioni espresse in occasione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (Il Cairo, 1994) e della quarta Conferenza mondiale sulle donne (Beijing, 1995) che sollecitavano ad affrontare con urgenza il problema della violenza contro le donne e le giovani e di comprenderne le conseguenze per la salute;

richiamando la dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne; osservando il richiamo espresso dalla comunità scientifica nella dichiarazione di Melbourne adottata alla terza Conferenza internazionale sulla prevenzione e il controllo degli incidenti (1996) per una maggiore cooperazione internazionale nel garantire la sicurezza ai cittadini del mondo;

riconoscendo le gravi e durature implicazioni immediate e future della violenza sulla salute e sullo sviluppo psicologico e sociale di individui, famiglie, comunità e paesi;

riconoscendo le conseguenze sempre più pesanti della violenza sui servizi di assistenza sanitaria in ogni paese e i suoi effetti negativi sulle scarse risorse per l'assistenza sanitaria per i paesi e le comunità;

osservando come gli operatori sanitari siano spesso i primi entrare in contatto con le vittime della violenza, possiedano capacità tecniche uniche e siano – all'interno della comunità – in una posizione particolarmente favorevole per aiutare i soggetti a rischio;

riconoscendo come l'OMS, la maggiore agenzia per il coordinamento dell'opera internazionale nell'ambito della salute pubblica, abbia la responsabilità di fornire leadership e guida agli stati membri nell'elaborazione di programmi di sanità pubblica per prevenire la violenza autoinflitta e quella contro gli altri;

1. DICHIARA che la violenza è uno dei maggiori problemi di salute pubblica a livello mondiale;
2. SOLLECITA gli stati membri a valutare il problema della violenza sul proprio territorio e a comunicare all'OMS le informazioni relative a questo problema e gli approcci adottati nei suoi confronti;
3. CHIEDE al Direttore Generale, nell'ambito delle risorse disponibili, di avviare attività di salute pubblica per contrastare il problema della violenza atte a:
 - 1) definire le caratteristiche dei diversi tipi di violenza, valutarne le dimensioni nonché le cause e le conseguenze per la salute pubblica utilizzando nell'analisi anche una "prospettiva di genere";
 - 2) valutare le tipologie e l'efficacia delle misure e dei programmi atti a prevenire la violenza e a mitigarne gli effetti, con particolare attenzione alle iniziative a livello di comunità;
 - 3) promuovere attività che si occupino di questo problema sia a livello internazionale sia a livello nazionale, incluse azioni per:
 - a) migliorare l'individuazione, la registrazione e la gestione delle conseguenze della violenza;
 - b) promuovere un maggiore coinvolgimento intersettoriale nella prevenzione e nella gestione della violenza;
 - c) promuovere la ricerca sulla violenza come aspetto prioritario della ricerca nell'ambito della sanità pubblica;
 - d) elaborare e diffondere raccomandazioni per i programmi di prevenzione della violenza nelle nazioni, negli stati e nelle comunità in tutto il mondo;
- 4) garantire la partecipazione coordinata e attiva di adeguati programmi tecnici dell'OMS;

- 5) potenziare la collaborazione dell'Organizzazione con i governi, le autorità locali e altre organizzazioni nell'ambito delle Nazioni Unite per la pianificazione, l'implementazione e il monitoraggio dei programmi di prevenzione e di mitigazione della violenza;
4. CHIEDE inoltre al Direttore Generale di presentare una relazione alla 99esima sessione dell'Executive Board che descriva i progressi finora raggiunti e di presentare un piano di azione per giungere a un approccio di salute pubblica con basi scientifiche per la prevenzione della violenza.

4. La violenza da parte del partner
5. L'abuso nei confronti degli anziani
6. La violenza sessuale
7. La violenza autoinflitta
8. La violenza collettiva
9. Il futuro: raccomandazioni per l'azione

Poiché non è possibile trattare tutti tipi di violenza in modo completo e appropriato in un unico documento, ogni capitolo si concentra su un aspetto specifico. Il capitolo sulla violenza giovanile, ad esempio, esamina la violenza interpersonale tra gli adolescenti e i giovani adulti nella comunità. Quello sull'abuso all'infanzia tratta l'abuso fisico, sessuale e psicologico così come l'incuria da parte dei genitori e delle altre persone che si dovrebbero prendere cura dei bambini; altre forme di maltrattamento nei loro confronti, quali la prostituzione infantile e l'utilizzo dei bambini come soldati, vengono analizzate in altre parti del rapporto. Il capitolo sull'abuso nei confronti degli anziani si concentra sull'abuso da parte degli assistenti sia livello domiciliare che in situazioni di ricovero, mentre quello sulla violenza collettiva si occupa dei conflitti violenti. I capitoli relativi alla violenza da parte del partner e alla violenza sessuale si concentrano soprattutto sulla violenza nei confronti delle donne, anche se alcuni aspetti della violenza diretta a uomini e ragazzi vengono trattati nel capitolo sulla violenza sessuale. Il capitolo sulla violenza autoinflitta tratta principalmente l'atteggiamento suicida. Il capitolo viene inserito nel rapporto poiché il comportamento suicida è uno delle cause esterne di infortunio e spesso rappresenta il prodotto di quegli stessi fattori sociali, psicologici e ambientali che sottostanno ad altri tipi di violenza.

I capitoli seguono una struttura simile. Ogni capitolo inizia con una breve discussione delle definizioni relative allo specifico tipo di violenza trattato, seguita da un riassunto dello stato attuale delle conoscenze relative alle dimensioni del problema nelle diverse regioni del mondo. Dove possibile sono stati presentati dati a livello nazionale così come i risultati di diversi studi di ricerca. Si passa quindi alla descrizione delle cause e delle conseguenze del tipo di violenza trattato in quel capitolo, vengono riassunti gli interventi e le risposte politiche sperimentati e si formulano raccomandazioni per la ricerca e l'azione futura. Ogni capitolo comprende anche tabelle, figure e box per evidenziare specifiche modalità e risultati epidemiologici, per illustrare esempi di attività di prevenzione e per sottolineare particolari problemi.

Il rapporto termina con due ulteriori capitoli: un'appendice statistica e un elenco di fonti Internet.

L'appendice statistica contiene dati globali, regionali e nazionali ripresi dalla banca dati di mortalità e morbidità dell'OMS e dalla Versione 1 del Progetto OMS sul peso globale della

malattia nel 2000 (*GBD 2000 Project*). Nell'appendice viene fornita una descrizione delle fonti dei dati e dei metodi per illustrare le modalità di raccolta e analisi dei dati.

L'elenco delle fonti Internet comprende l'indicazione dei siti web di organizzazioni coinvolte nella ricerca, nella prevenzione e nella difesa relative alla violenza. L'elenco comprende metasiti (ogni sito permette di accedere a centinaia di organizzazioni coinvolte nella ricerca sulla violenza, nella sua prevenzione e nella difesa), siti che si occupano di specifici tipi di violenza, siti che trattano questioni contestuali più ampie relative alla violenza e siti che offrono strumenti di sorveglianza per migliorare la comprensione della violenza.

Redazione del Rapporto

Questo Rapporto si è avvalso della partecipazione di più di 160 esperti provenienti da tutto il mondo, coordinati da un Comitato di redazione ristretto. Un Advisory Committee, costituito da rappresentanti di tutte le regioni OMS e da membri dello staff OMS, ha offerto indicazioni al Comitato di redazione in diverse occasioni durante l'elaborazione del presente testo.

I capitoli sono stati rivisti singolarmente da esperti di ogni specifico settore appartenenti a diverse regioni del mondo. A questi revisori è stato chiesto di valutare non solo il contenuto scientifico del capitolo ma anche la sua importanza all'interno della loro stessa cultura. Nel corso dell'elaborazione del testo sono stati effettuati riscontri con membri degli uffici regionali OMS e diversi gruppi di esperti provenienti da tutto mondo. I partecipanti hanno rivisto una prima bozza del testo offrendo una visione d'insieme del problema della violenza nelle proprie regioni e fornendo suggerimenti per migliorare le attività di prevenzione della violenza a livello regionale.

Il futuro

Questo Rapporto, sebbene esaustivo e primo nel suo genere, rappresenta solamente un inizio. Si auspica che esso stimoli la discussione a livello locale, nazionale e internazionale e che possa fungere da piattaforma per un'azione più intensa nell'ambito della prevenzione della violenza.

1. La violenza: un problema globale di salute pubblica

Background

La violenza ha probabilmente sempre fatto parte dell'esperienza umana. È possibile vederne l'impatto, in diverse forme, in tutte le parti del mondo. Ogni anno, più di un milione di persone perde la vita, e un numero ancora superiore è vittima di lesioni non mortali, a seguito di atti di violenza autoinflitta, interpersonale o collettiva. Complessivamente la violenza è una tra le maggiori cause di morte a livello mondiale per gli individui di età compresa tra 15 e 44 anni. Sebbene sia difficile ottenere stime precise, il costo della violenza si traduce in tutto il mondo in una spesa annua di miliardi di dollari USA per l'assistenza sanitaria e in ulteriori miliardi per le economie nazionali in termini di giornate di lavoro perse, azioni giudiziarie e investimenti perduti.

Il visibile e l'invisibile

Il costo umano in termini di sofferenza e dolore, naturalmente, non può essere calcolato. Si tratta infatti di un costo fondamentalmente invisibile. Se da un lato la tecnologia satellitare ha reso alcuni tipi di violenza – terrorismo, guerre, rivolte e ribellioni civili – visibili quotidianamente a platee televisive, un numero decisamente superiore di atti di violenza ha luogo lontano dagli occhi della gente, in casa, sul posto di lavoro e perfino nelle strutture mediche e sociali create per prendersi cura delle persone. Molte vittime sono troppo giovani, deboli o malate per potersi proteggere. Altre vengono forzate dalle convenzioni o dalle pressioni sociali a tacere la propria esperienza.

Così come accade per le conseguenze della violenza, anche alcune sue cause si possono facilmente osservare. Altre sono profondamente radicate nella struttura sociale, culturale ed economica della vita umana. La ricerca più recente indica che, se da un lato fattori biologici e altri fattori individuali spiegano in parte la predisposizione all'aggressività, spesso questi fattori interagiscono con la famiglia, la comunità e con altri fattori culturali ed esterni creando una situazione in cui la violenza diventa possibile.

Un problema che si può prevenire

Anche se la violenza è sempre esistita, gli uomini non la devono accettare come componente inevitabile della condizione umana. Parallelamente alla violenza si sono sempre sviluppati sistemi – religiosi, filosofici, giuridici e di comunità – per prevenirla o limitarla. Nessuno di essi ha avuto completo successo, ma tutti hanno contribuito a definire questa caratteristica della civiltà.

Dall'inizio degli anni ottanta il settore della salute pubblica ha un ruolo sempre più importante in questo ambito. Un vasto numero di professionisti, ricercatori e sistemi si sono posti l'obiettivo di comprendere le radici della violenza e di impedirne il verificarsi.

È possibile prevenire la violenza e limitarne le conseguenze, così come l'impegno nel campo della salute pubblica ha prevenuto e ridotto le complicazioni della gravidanza, gli incidenti professionali, le malattie infettive e le malattie dovute alla contaminazione degli alimenti e dell'acqua in diverse parti del mondo. I fattori che favoriscono i comportamenti violenti – che si tratti di un problema di attitudine e di comportamento o che siano legati

a più generali condizioni sociali, economiche, politiche e culturali – possono essere modificati.

La violenza può essere prevenuta. Non si tratta di un articolo di fede, ma di un'affermazione che si basa sull'evidenza. È possibile trovare esempi di successo in tutto il mondo; da impegni individuali e di comunità su piccola scala a politiche nazionali e riforme giuridiche.

In che modo un approccio di salute pubblica può essere di aiuto?

Per definizione, la salute pubblica non si occupa del singolo paziente. Essa si concentra sulla gestione delle malattie, delle condizioni e dei problemi che riguardano la salute, e il suo obiettivo consiste nell'offrire il massimo beneficio al maggior numero di persone. Questo non significa che la salute pubblica ignori l'assistenza dei singoli individui. Piuttosto, si preoccupa di prevenire i problemi di salute e di migliorare il livello di assistenza e sicurezza di intere popolazioni.

L'approccio di salute pubblica a qualsiasi problema è interdisciplinare e scientifico (1). Si basa sulle conoscenze specifiche di diverse discipline – medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educazione ed economia. Ciò ha permesso che il campo della salute pubblica fosse innovativo e rappresentasse una valida risposta a un'ampia gamma di malattie, patologie e infortuni in tutto il mondo.

Box 1.1 L'approccio di salute pubblica in azione: DESEPAZ in Colombia

Nel 1992, il sindaco di Cali, in Colombia – egli stesso uno specialista di salute pubblica – aiutò la città a stabilire un programma completo per ridurre gli elevati livelli di criminalità. I tassi di omicidio a Cali, una città di circa due milioni di abitanti, erano cresciuti da 23 ogni 100.000 individui nel 1983 a 85 ogni 100.000 individui nel 1991. Venne sviluppato un programma denominato DESEPAZ, acronimo per *Desarrollo, Seguridad, Paz* (sviluppo, sicurezza, pace).

Nei primi stadi del programma, furono condotti studi epidemiologici per individuare i principali fattori di rischio per la violenza e per determinare le priorità dell'azione. Vennero approvati bilanci speciali per potenziare la polizia, il sistema giudiziario e l'ufficio locale per i diritti umani.

DESEPAZ intraprese un'opera di educazione relativa ai diritti civili sia per la polizia sia per il pubblico, che comprendeva tra l'altro pubblicità televisive negli orari di maggiore ascolto che sottolineavano l'importanza della tolleranza nei confronti degli altri e dell'autocontrollo. Vennero organizzati molteplici progetti culturali ed educativi per le scuole e le famiglie in collaborazione con le organizzazioni non governative locali, per promuovere discussioni sulla violenza e per aiutare a risolvere i conflitti interpersonali. Vennero fissati limiti per la vendita di alcolici e fu vietato portare con sé armi durante il fine settimana e in occasioni speciali.

Nel corso del programma vennero creati progetti speciali per offrire opportunità economiche e strutture ricreative sicure per i giovani. Il sindaco e il suo team amministrativo discussero con la popolazione locale le proprie proposte contro la criminalità, e l'amministrazione cittadina garantì la continua partecipazione e l'impegno della comunità.

Nel periodo di operatività del programma, il tasso di omicidio a Cali scese da 124 a 86 ogni 100.000 abitanti tra il 1994 e il 1997, una riduzione del 30%. In termini di numeri assoluti, nel periodo tra il 1994 e il 1997 si verificarono circa 600 omicidi in meno rispetto al triennio precedente, così che le autorità di polizia poterono dedicare le scarse risorse alla lotta contro forme più organizzate di criminalità. Inoltre, l'opinione pubblica della città passò decisamente da un atteggiamento di passività nei confronti della gestione della violenza a una forte richiesta di maggiori attività di prevenzione.

L'approccio di salute pubblica inoltre sottolinea l'azione collettiva. Ha dimostrato più volte come sia necessario l'impegno congiunto di settori diversi, come la salute, l'educazione e i servizi sociali, la giustizia e la politica, per risolvere quelli che vengono solitamente ritenuti problemi puramente "medici". Ogni settore gioca un ruolo importante nell'affrontare il problema della violenza e, quando agiscono congiuntamente, gli approcci intrapresi da ciascuno possiedono il potenziale per determinare importanti riduzioni della violenza (Box 1.1).

L'approccio di salute pubblica alla violenza si basa sulla rigorosa impostazione del metodo scientifico. Nel procedere dal problema alla sua soluzione, esso presenta quattro passaggi chiave (1):

- Individuare la maggiore quantità di conoscenze di base relative a tutti gli aspetti della violenza – attraverso una sistematica raccolta dei dati sulle dimensioni, la portata, le caratteristiche e le conseguenze della violenza a livello locale, nazionale e internazionale.
- Indagare sui motivi della violenza – ossia condurre ricerche per determinare:
 - le cause e le correlazioni della violenza;
 - i fattori che potenziano o riducono il rischio di violenza;
 - i fattori che potrebbero essere modificati attraverso un intervento.
- Sondare i possibili modi per prevenire la violenza, utilizzando le informazioni fornite nei passaggi precedenti attraverso la definizione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.
- Implementare, in contesti diversi, gli interventi che paiono validi, diffondere le informazioni su vasta scala e definire il rapporto di costo-efficacia dei programmi.

Caratteristica fondamentale della salute pubblica è innanzitutto l'enfasi che viene posta sulla prevenzione. Più che accettare semplicemente o reagire alla violenza il suo punto di partenza è rappresentato dalla profonda convinzione che un comportamento violento e le sue conseguenze possano essere prevenuti.

Definire la violenza

Qualunque analisi esaustiva della violenza dovrebbe cominciare definendo le diverse forme di violenza in maniera tale da facilitare la loro misurazione scientifica. Esistono diversi modi possibili per definire la violenza. L'OMS la definisce (2) come:

L'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione.

La definizione utilizzata dall'OMS associa l'intenzionalità con l'atto stesso, a prescindere dal risultato che si determina. Nella definizione non sono compresi incidenti non intenzionali – quali la maggior parte delle lesioni dovute al traffico e delle ustioni.

L'inserimento del termine "potere", oltre alla frase "utilizzo della forza fisica", amplia i confini della natura di un atto violento ed espande la nozione convenzionale di violenza fino a comprendere quegli atti che rappresentano il risultato di una relazione di potere, ossia anche le minacce e l'intimidazione. Il termine "utilizzo del potere" permette inoltre di includere l'incuria o gli atti di omissione, oltre ai più scontati atti violenti di perpetrazione. In questo modo la definizione "l'utilizzo della forza fisica o del potere" comprende l'incuria e tutti i tipi di abuso fisico, sessuale e psicologico, così come il suicidio e gli altri atti di abuso verso se stessi.

Questa definizione racchiude un'ampia gamma di conseguenze – tra cui il danno psicologico, la privazione e il cattivo sviluppo. Ciò riflette la convinzione sempre più frequente tra ricercatori e professionisti in base alla quale è necessario considerare anche la violenza che non determina necessariamente una lesione o la morte, ma che provoca comunque conseguenze importanti su individui, famiglie, comunità e sistemi sanitari in tutto mondo. Diverse forme di violenza contro le donne, i bambini e gli anziani, ad esempio, possono determinare problemi fisici, psicologici e sociali che non necessariamente provocano lesioni, disabilità o morte. Queste conseguenze possono essere immediate o latenti e possono perdurare per anni dopo l'abuso iniziale. Definire i risultati esclusivamente in termini di lesioni o morte limita pertanto la comprensione dell'impatto globale della violenza sugli individui, le comunità e la società nel suo insieme.

Intenzionalità

Uno dei punti più complessi della definizione riguarda il problema dell'intenzionalità. È necessario sottolineare a questo proposito due punti importanti. Innanzitutto, sebbene la violenza si distingua dagli atti non intenzionali che determinano lesioni, la presenza dell'intenzione di ricorrere alla forza non significa necessariamente che esista anche l'intenzione di causare un danno. In realtà, è possibile che esista una notevole disparità tra un comportamento voluto e una conseguenza voluta. È possibile che un individuo compia intenzionalmente un atto che, in base a parametri obiettivi, viene considerato pericoloso e con notevoli probabilità di determinare delle conseguenze sanitarie negative, ma che l'individuo stesso non lo percepisca come tale.

Per fare alcuni esempi, un giovane può essere coinvolto in uno scontro fisico con un altro giovane. Un pugno in testa o il ricorso a un'arma nella disputa indubbiamente aumentano il rischio di lesione grave o morte, sebbene non vi sia probabilmente l'intenzione di causare nessuna delle due. È possibile che un genitore scuota con forza un neonato che piange con l'intenzione di calmarlo. Tale azione, tuttavia, potrebbe causare un danno cerebrale. Chiaramente, è stata utilizzata la forza ma senza l'intenzione di provocare una lesione.

Un secondo aspetto legato all'intenzionalità riguarda la distinzione tra l'intenzione di provocare una lesione e l'intenzione di "usare la violenza". La violenza, secondo Walters e Parke (3), viene determinata culturalmente. Alcune persone hanno l'intenzione di danneggiare altri ma, a causa della loro storia e dei loro valori culturali, non percepiscono i propri atti come violenti. La definizione utilizzata dall'OMS, tuttavia, definisce la violenza nella sua relazione con la salute o il benessere degli individui. Certi comportamenti – ad esempio picchiare la moglie – possono essere ritenuti da alcuni una pratica culturalmente accettabile, ma sono considerati atti violenti con gravi implicazioni di salute per l'individuo.

Altri aspetti della violenza, sebbene non esplicitamente indicati, vengono inclusi nella definizione. Essa, ad esempio, comprende tutti gli atti di violenza, sia pubblici sia privati, reattivi (in risposta a eventi quali una provocazione) e proattivi (strumentali o anticipatori di risultati vantaggiosi per chi li compie) (4), criminali e non criminali. Ciascuno di questi aspetti è importante per comprendere le cause della violenza e per delineare dei programmi di prevenzione.

Tipologia della violenza

Nella risoluzione WHA 49.25 del 1996, in cui la violenza veniva dichiarata un gravissimo problema di salute pubblica, l'Assemblea Mondiale della Sanità chiese all'OMS di elaborare una tipologia della violenza che caratterizzasse i diversi tipi di violenza e i legami che li univano. Le tipologie esistenti sono poche e nessuna è particolarmente completa (5).

Tipi di violenza

La tipologia proposta in questa sede divide la violenza in tre ampie categorie in base alle caratteristiche di chi commette l'atto:

- violenza autoinflitta;
- violenza interpersonale;
- violenza collettiva.

Questa classificazione iniziale distingue tra la violenza che una persona infligge a se stessa, la violenza inflitta da un altro individuo o da un piccolo gruppo di individui e la violenza inflitta da gruppi più ampi quali stati, gruppi politici organizzati, milizie e organizzazioni terroristiche (Figura 1.1).

Queste tre ampie categorie sono a loro volta ulteriormente suddivise per riflettere tipi di violenza più specifici.

Violenza autoinflitta

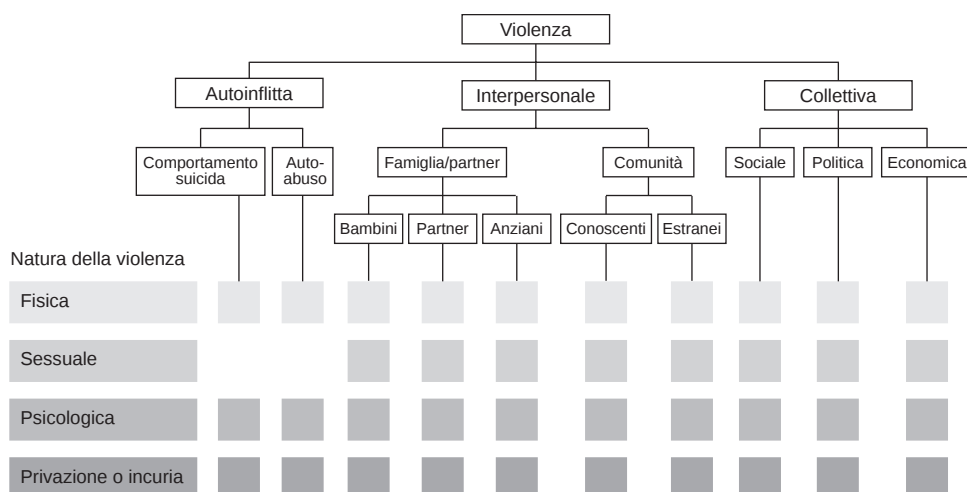
La violenza autoinflitta si suddivide a sua volta in comportamento suicida e autoabuso. Il primo comprende pensieri suicidi, tentativi di suicidio – chiamati in alcuni paesi anche “para-suicidio” o “autolesione deliberata” e suicidi veri e propri. L'autoabuso, al contrario, comprende atti quali l'automutilazione.

Violenza interpersonale

La violenza interpersonale si divide in due sottocategorie:

- Violenza familiare e del partner: ossia atti di violenza che si consumano in gran parte tra membri della famiglia e tra partner: solitamente, anche se non esclusivamente, tra le mura domestiche.

Figura 1.1 Una tipologia della violenza



- **Violenza nella comunità:** atti di violenza tra individui non appartenenti alla stessa famiglia, che possono conoscersi o meno, che si verificano solitamente fuori casa.

Il primo gruppo comprende forme di violenza quali l'abuso sui bambini, la violenza da parte del partner e l'abuso sugli anziani. Il secondo gruppo comprende la violenza giovanile, atti casuali di violenza, stupro o atti di violenza sessuale da parte di sconosciuti, nonché la violenza in ambienti quali scuole, luoghi di lavoro, prigioni e case di assistenza.

Violenza collettiva

La violenza collettiva si suddivide in violenza sociale, politica ed economica. Diversamente dalle altre due ampie categorie, le sottocategorie della violenza collettiva suggeriscono possibili motivazioni per la violenza commessa da gruppi più ampi di individui o da interi stati. La violenza collettiva perpetrata per portare avanti particolari istanze sociali include, ad esempio, crimini dettati dall'odio compiuti da gruppi organizzati, atti terroristici e mobbing. La violenza politica comprende la guerra e i conflitti violenti a essa collegati, la violenza di Stato e atti simili commessi da gruppi più ampi. La violenza economica riguarda gli attacchi da parte di ampi gruppi spinti dall'idea di un guadagno economico – come ad esempio gli attacchi effettuati con lo scopo di interrompere l'attività economica, impedire l'accesso ai servizi essenziali, o creare divisione e frammentazione economica. Gli atti commessi da ampi gruppi possono chiaramente avere molteplici motivazioni.

La natura degli atti di violenza

La Figura 1.1 illustra la natura degli atti di violenza, che può essere:

- fisica;
- sessuale;
- psicologica;
- connessa a privazione o incuria.

La serie orizzontale della Figura 1.1 indica le vittime, quella verticale illustra il modo in cui vengono colpite.

Questi quattro tipi di violenza si verificano in ciascuna delle ampie categorie e nelle relative sottocategorie descritte finora – con l'eccezione della violenza autoinflitta. La violenza sui bambini commessa all'interno delle mura domestiche, ad esempio, può comprendere abuso fisico, sessuale e psicologico così come incuria. La violenza nella comunità può riguardare scontri fisici tra giovani, violenza sessuale sul posto di lavoro e incuria nei confronti degli anziani nelle strutture di assistenza a lungo termine. La violenza politica può comprendere atti quali lo stupro durante i conflitti, nonché guerra fisica e psicologica.

Questa tipologia, sebbene imperfetta e lungi dall'essere universalmente accettata, fornisce un quadro utile per comprendere i complessi modelli di violenza che si verificano in tutto il mondo, così come la violenza nella vita quotidiana degli individui, delle famiglie e delle comunità. Supera inoltre molte limitazioni tipiche di altre tipologie poiché considera la natura degli atti di violenza, l'importanza della situazione in cui si verificano, la relazione tra il soggetto che compie l'atto di violenza e la vittima e – nel caso della violenza collettiva – le possibili motivazioni della violenza stessa. Sia nella ricerca che nella pratica, tuttavia, il confine tra i diversi tipi di violenza non è mai così chiaro.

Misurare la violenza e il suo impatto

Tipi di dati

- È necessario utilizzare diversi tipi di dati per scopi diversi, tra i quali:
- descrivere le dimensioni e l’impatto della violenza;
 - individuare i fattori che aumentano il rischio di azioni violente;
 - conoscere la reale efficacia dei programmi di prevenzione della violenza.

Alcuni di questi tipi di dati e di fonti sono descritti nella Tabella 1.1.

Dati di mortalità

I dati relativi alle morti violente, in particolare quelle dovute a omicidio, nonché ai suicidi e alle morti per causa di guerra possono fornire un’indicazione delle dimensioni della violenza mortale in una comunità o in un paese specifici. Quando vengono confrontati con le statistiche relative ai decessi per altre cause, tali dati sono utili indicatori del peso degli infortuni legati alla violenza. Questi dati possono essere inoltre utilizzati per monitorare i cambiamenti nel tempo della violenza mortale, individuando i gruppi e le comunità che

Tabella 1.1 Tipi di dati e potenziali fonti per la raccolta di informazioni

Tipi di dati	Fonti di dati	Esempi di informazioni raccolte
Mortalità	Certificati di morte, registri demografici, archivi autoptici, dei medici legali e dell’obitorio	Caratteristiche del deceduto, causa della morte, luogo, ora e modalità del decesso
Morbilità e altri dati sanitari	Archivi ospedalieri, di ambulatorio, e altri archivi medici	Malattie, lesioni, informazioni sulla salute fisica, mentale o riproduttiva
Riferiti dall’interessato	Ricerche, studi specifici, gruppi specifici, mezzi di comunicazione	Atteggiamenti, convinzioni, comportamenti, pratiche culturali, persecuzione e perpetrazione, esposizione alla violenza all’interno delle mura domestiche e nella comunità
Comunità	Archivi di popolazione, archivi del governo locale, altri archivi ufficiali	Entità e densità della popolazione, livelli di reddito e istruzione, tassi di disoccupazione, tassi di divorzio
Criminalità	Archivi di polizia, archivi giudiziari, laboratori di criminologia	Tipo di crimine, caratteristiche del criminale, relazione vittima-criminale, circostanze dell’evento
Economici	Programmi, archivi ufficiali e di agenzia, studi specifici	Spese relative alla salute, alla casa o ai servizi sociali, costi del trattamento delle lesioni dovute a violenza, utilizzo dei servizi
Politici o legislativi	Archivi del governo o legislativi	Leggi, politiche e pratiche istituzionali

presentano un elevato rischio di violenza ed effettuando confronti tra paesi diversi e all'interno degli stessi.

Altri tipi di dati

I dati relativi alla mortalità, tuttavia, rappresentano solo un possibile tipo di dati per descrivere l'ampiezza del problema. Poiché gli esiti non mortali sono molto più comuni rispetto a quelli mortali e poiché alcuni tipi di violenza non vengono rappresentati completamente dai dati di mortalità, è necessario possedere altri tipi di informazioni. Esse possono essere d'aiuto per comprendere le circostanze in cui si verificano incidenti specifici e per descrivere l'impatto globale della violenza sulla salute degli individui e delle comunità. Questi tipi di dati comprendono:

- dati sanitari su malattie, lesioni e altre condizioni di salute;
- dati riferiti dall'interessato relativi a inclinazioni, valori, comportamenti, pratiche culturali, persecuzione ed esposizione alla violenza;
- dati di comunità sulle caratteristiche della popolazione, sui livelli di reddito, istruzione e disoccupazione;
- dati di criminalità sulle caratteristiche e le circostanze degli eventi violenti e di chi ne è responsabile;
- dati economici relativi ai costi dei trattamenti e dei servizi sociali;
- dati che descrivono l'onere economico sui sistemi sanitari e i possibili risparmi legati ai programmi di prevenzione;
- dati relativi alle politiche e alla legislazione.

Fonti dei dati

Le potenziali fonti dei diversi tipi di informazioni comprendono:

- individui;
- archivi di agenzia o istituzionali;
- programmi locali;
- archivi della comunità e del governo;
- studi di popolazione e di altri tipi di indagine;
- studi specifici.

Anche se non sono state inserite nella Tabella 1.1, quasi tutte le fonti comprendono informazioni demografiche di base – quali età e sesso degli individui. Alcune fonti – tra cui le cartelle mediche, gli archivi di polizia, i certificati e i registri di morte – comprendono informazioni specifiche sull'atto di violenza o la lesione. I dati dei reparti di pronto soccorso, ad esempio, possono fornire informazioni sulla natura di una lesione, il modo in cui si è verificata, nonché il momento e il luogo dell'incidente stesso. I dati raccolti dalla polizia comprendono informazioni sulla relazione tra la vittima e l'autore del crimine, l'eventuale ricorso a un'arma e altre circostanze relative alla violenza.

Ricerche e studi specifici possono offrire informazioni dettagliate sulla vittima o sull'autore del crimine, il suo ambiente, gli atteggiamenti, i comportamenti e un suo possibile coinvolgimento precedente in azioni di violenza. Tali fonti possono inoltre aiutare a scoprire violenze che non vengono riferite alla polizia o ad altre istituzioni. Una ricerca sulle famiglie condotta in Sudafrica, ad esempio, ha evidenziato come una percentuale compresa tra il 50% e l'80% delle vittime di violenza avesse avuto bisogno di un trattamento medico per una lesione dovuta a violenza ma non avesse riferito l'incidente alla polizia (6). Secondo un altro studio, condotto

negli Stati Uniti, il 46% delle vittime che ha utilizzato il pronto soccorso non si è rivolto alla polizia (7).

Problemi relativi alla raccolta dei dati

La disponibilità, la qualità e l'utilità delle diverse fonti di dati al fine di confrontare i tipi di violenza tra i diversi paesi e al loro interno variano in modo considerevole. I diversi paesi presentano capacità di raccolta dei dati estremamente diverse.

Disponibilità dei dati

I dati sulla mortalità rappresentano la fonte più vasta e più facilmente disponibile. Molti paesi tengono registri delle nascite e dei decessi e mantengono dei conteggi di base relativi agli omicidi e ai suicidi. Estrapolare i tassi da questi conteggi di base, tuttavia, non è sempre possibile poiché spesso i dati di popolazione non sono disponibili o non sono affidabili. Questo problema si verifica soprattutto nei casi in cui le popolazioni sono in continuo mutamento – in zone, ad esempio, interessate da guerre o da continui movimenti tra i gruppi di popolazione – o quando risulta difficile contare le popolazioni, come accade nelle aree altamente popolate o molto isolate.

Dati sistematici sugli esiti non mortali non sono disponibili nella maggior parte dei paesi del mondo anche se attualmente si stanno elaborando sistemi per la raccolta dei dati. Sono stati inoltre pubblicati negli ultimi anni diversi documenti che offrono indicazioni per misurare diversi tipi di violenza in una molteplicità di situazioni (8-14).

Qualità dei dati

Anche quando i dati sono disponibili, è possibile che la qualità delle informazioni non sia adeguata agli obiettivi della ricerca e all'identificazione delle strategie di prevenzione. Partendo dal presupposto che gli enti e le istituzioni mantengono degli archivi per i propri scopi, seguendo quindi proprie procedure interne per la gestione dei dati, è possibile che i dati in loro possesso siano incompleti o non comprendano il tipo di informazioni necessarie per una corretta comprensione della violenza.

Nelle strutture sanitarie, ad esempio, i dati vengono raccolti con lo scopo di fornire la migliore assistenza al paziente. È possibile che la cartella clinica contenga le informazioni diagnostiche relative all'incidente e alla terapia ma non le circostanze in cui l'incidente stesso si è verificato. Può inoltre accadere che tali dati siano confidenziali e quindi non utilizzabili per la ricerca. Le indagini, dall'altro lato, contengono informazioni più dettagliate sulla persona, il suo ambiente e il coinvolgimento nella violenza. Esse sono però condizionate dal grado di precisione con cui una persona ricorda gli eventi e dalla sua disponibilità ad ammettere il proprio coinvolgimento in determinati comportamenti, nonché dal modo in cui le domande vengono poste e dall'identità di chi le pone – così come dal momento e dal luogo in cui l'intervista viene effettuata e dalla sua qualità.

Altri ostacoli

Mettere in relazione tra loro i dati provenienti da diverse fonti costituisce uno dei problemi più complessi della ricerca sulla violenza. I dati in quest'ambito solitamente provengono da una moltitudine di organizzazioni che operano in maniera indipendente. Per questo motivo, solitamente non è possibile collegare i dati di tipo autoptico e di medicina legale con quelli raccolti dalla polizia. Esiste inoltre una generale mancanza di uniformità nelle modalità di

raccolta dei dati: questo problema rende estremamente difficile il confronto dei dati tra diverse comunità e diverse nazioni.

Anche se ciò non riguarda specificamente gli obiettivi della presente discussione, è importante ricordare alcuni altri problemi della raccolta dei dati relativi alla violenza. Essi comprendono:

- la difficoltà di creare delle misure pertinenti e specifiche per i gruppi di sottopopolazione e per i diversi contesti culturali (8, 9, 11, 14);
- la creazione di protocolli adeguati per proteggere l'identità delle vittime e garantirne la sicurezza (15);
- molte altre considerazioni etiche legate alla ricerca nell'ambito della violenza.

Sintesi delle conoscenze attuali

La prevenzione della violenza, secondo l'approccio della salute pubblica, comincia con una descrizione delle dimensioni e dell'impatto del problema. Questo paragrafo illustra le conoscenze attuali dei modelli globali della violenza, utilizzando dati estrapolati a questo scopo dalla banca dati sulla mortalità dell'OMS e dalla Versione 1 del Progetto OMS sul peso globale della malattia nel 2000 (*GBD 2000 Project*), così come dati di ricerche e studi specifici sulla violenza.

Stime della mortalità

Nel 2000, circa 1.600.000 persone sono morte in tutto il mondo a causa di violenza auto-inflitta, interpersonale o collettiva, per un tasso globale corretto per l'età di 28,8 ogni 100.000 individui (Tabella 1.2). La maggior parte di questi decessi si è verificata nei paesi con basso o medio reddito. Una percentuale inferiore al 10% di tutte le morti dovute a violenza ha interessato i paesi con reddito elevato.

Approssimativamente, quasi nella metà dei casi si è trattato di suicidi, un terzo erano omicidi e un quinto dei decessi era connesso alla guerra.

Tabella 1.2 **Stima delle morti globali legate ad atti di violenza, 2000**

Tipo di violenza	Numero ^(a)	Tasso ogni 100.000 individui ^(b)	Percentuale del totale (%)
Omicidio	520.000	8,8	31,3
Suicidio	815.000	14,5	49,1
Legata alla guerra	310.000	5,2	18,6
Totale ^(c)	1.659.000	28,8	100,0
Paesi a basso e medio reddito	1.510.000	32,1	91,1
Paesi ad alto reddito	149.000	14,4	8,9

Fonte: OMS, *GBD 2000 Project*, Versione 1 (vedere Appendice Statistica).

a. Arrotondato al migliaio più vicino.

b. Standardizzato per l'età.

c. Comprende 14.000 morti per lesioni intenzionali seguiti a interventi legali.

Mortalità in base al sesso e all'età

Come per tanti altri problemi di salute a livello mondiale, la violenza non è distribuita in modo uniforme tra i sessi o nei diversi gruppi di età. Nel 2000, si sono verificati circa 520.000 omicidi, per un tasso globale corretto per l'età di 8,8 ogni 100.000 individui (Tabella 1.2). Nel 77% dei casi le vittime erano uomini, con tassi più che triplicati rispetto a quelli delle donne (rispettivamente 13,6 e 4,0 ogni 100.000) (Tabella 1.3). I tassi di omicidio più elevati in tutto il mondo sono stati riscontrati tra gli uomini di età compresa fra 15 e 29 anni (19,4 ogni 100.000), seguiti a breve distanza dal gruppo degli uomini di età compresa tra 30 e 44 anni (18,7 ogni 100.000).

A livello mondiale, il suicidio ha causato nel 2000 la morte di circa 815.000 persone, per un tasso globale corretto per l'età di 14,5 ogni 100.000 individui (Tabella 1.2). Una percentuale superiore al 60% di tutti i suicidi ha interessato gli uomini e più della metà di questi si è verificata tra gli uomini di età compresa tra 15 e 44 anni. Sia per gli uomini che per le donne i tassi di suicidio aumentano con l'età e sono più elevati tra le persone di età uguale o superiore a 60 anni (Tabella 1.3). I tassi di suicidio, comunque, sono solitamente più elevati tra gli uomini che tra le donne (rispettivamente 18,9 e 10,6 ogni 100.000). Lo si può riscontrare soprattutto nei gruppi di età più elevata, in cui, a livello mondiale, i tassi di suicidio tra i maschi di età uguale o superiore a 60 anni sono il doppio rispetto allo stesso gruppo di età tra le donne (rispettivamente 44,9 e 22,1 ogni 100.000).

Mortalità in base al livello di reddito del paese e alla regione

I tassi relativi alla morte violenta cambiano in base ai livelli di reddito del paese. Nel 2000, il tasso di morte violenta nei paesi a basso e medio reddito era di 32,1 ogni 100.000 individui, più che doppio rispetto al tasso dei paesi con reddito elevato (14,4 ogni 100.000) (Tabella 1.2).

Il tasso di morte violenta presenta inoltre notevoli differenze a livello regionale. Tali differenze sono evidenti, ad esempio, tra le diverse Regioni dell'OMS (Figura 1.2). Nella Regione africana e nella Regione delle Americhe i tassi di omicidio sono quasi tre volte superiori a quelli relativi al suicidio. Nella Regione europea e in quella dell'Asia sud-orientale, tuttavia, i tassi di

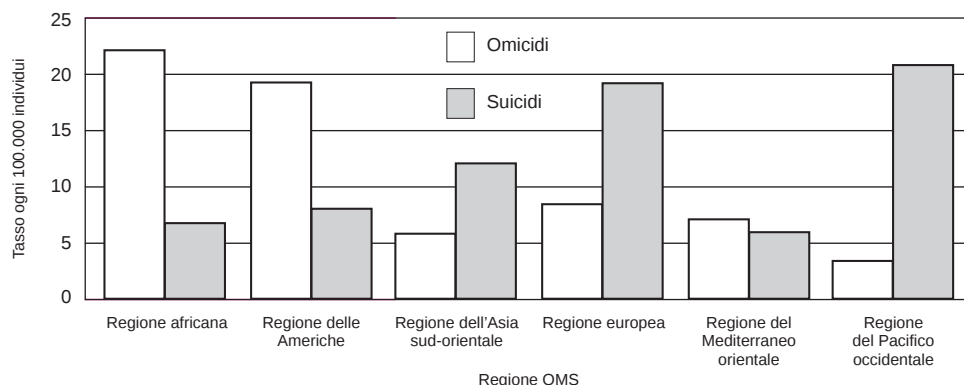
Tabella 1.3 Stima dei tassi globali di omicidio e suicidio per gruppi di età, 2000

Gruppo di età (anni)	Tasso di omicidio (ogni 100.000 individui)		Tasso di suicidio (ogni 100.000 individui)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0-4	5,8	4,8	0,0	0,0
5-14	2,1	2,0	1,7	2,0
15-29	19,4	4,4	15,6	12,2
30-44	18,7	4,3	21,5	12,4
45-59	14,8	4,5	28,4	12,6
≥ 60	13,0	4,5	44,9	22,1
Totale ^(a)	13,6	4,0	18,9	10,6

Fonte: OMS, *GBD 2000 Project*, Versione 1 (vedere Appendice Statistica).

a. Standardizzato per l'età.

Figura 1.2 Tassi di omicidio e suicidio in base alla Regione OMS, 2000



suicidio sono più che doppi rispetto a quelli di omicidio (19,1 ogni 100.000 rispetto a 8,4 nella Regione europea, e 12,0 rispetto a 5,8 ogni 100.000 nella Regione dell'Asia sud-orientale), mentre nella Regione del Pacifico occidentale i tassi di suicidio sono quasi sei volte maggiori rispetto a quelli di omicidio (rispettivamente 20,8 e 3,4 ogni 100.000 individui). All'interno di una stessa Regione esistono inoltre notevoli differenze tra i vari paesi. Nel 1994, ad esempio, la Colombia dichiarava un tasso di omicidio tra gli uomini corrispondente a 146,5 ogni 100.000 individui, mentre i tassi corrispondenti a Cuba e in Messico erano rispettivamente di 12,6 e 32,3 ogni 100.000 individui (16). All'interno dei paesi esistono inoltre notevoli differenze tra le popolazioni urbane e quelle rurali, tra ricchi e poveri e tra diversi gruppi razziali ed etnici. Nel 1999 negli Stati Uniti, ad esempio, i giovani afro-americani di età compresa tra 15 e 24 anni presentavano un tasso di omicidio (38,6 ogni 100.000) più che doppio rispetto a quello dei loro coetanei ispanici (17,3 ogni 100.000) e 12 volte più elevato rispetto a quello dei coetanei caucasici, non ispanici (3,1 ogni 100.000) (17).

Stime della violenza non mortale

I dati di mortalità illustrati sinora presentano quasi certamente stime inferiori rispetto all'effettivo peso della violenza. In tutte le parti del mondo, i decessi rappresentano la "punta dell'iceberg" della violenza. Ogni giorno si verificano aggressioni fisiche e sessuali, anche se mancano precise stime nazionali e internazionali per entrambe le situazioni. Non sempre tali aggressioni provocano lesioni così gravi da richiedere l'intervento medico e, anche nei casi in cui ciò avviene, in molti paesi mancano i sistemi di sorveglianza adatti a registrare queste lesioni o devono ancora essere perfezionati.

Gran parte delle conoscenze relative alla violenza non mortale provengono da ricerche e studi specifici su diversi gruppi di popolazione. Nelle ricerche a livello nazionale, ad esempio, la percentuale di donne che hanno riferito di essere state assalite fisicamente dal partner varia dal 10% in Paraguay e nelle Filippine al 22,1% negli Stati Uniti, al 29,0% in Canada e al 34,4% in Egitto (18-21). Per quanto riguarda le donne di diverse città e province in varie parti del mondo, la percentuale che riferiva di aver subito un abuso sessuale (comprese le vittime di tentativi di abuso) variava dal 15,3% di Toronto, Canada, al 21,7% di Leon, in Nicaragua, al

23,0% di Londra, Inghilterra e al 25,0% di una provincia dello Zimbabwe (21-25). Tra i maschi adolescenti delle scuole secondarie, la percentuale che dichiarava di essere stata coinvolta in uno scontro fisico nell'ultimo anno variava dal 22,0% in Svezia e dal 44,0% negli Stati Uniti al 76,0% di Gerusalemme, Israele (26-28).

Un aspetto importante riguarda il fatto che tali dati si basano principalmente su dichiarazioni personali. È difficile sapere se essi sovrastimano o sottostimano la reale portata delle aggressioni fisiche e sessuali tra questi gruppi di popolazione. Sicuramente, nei paesi in cui esistono forti pressioni culturali per mantenere la violenza "dietro porte chiuse" o semplicemente per accettarla come "naturale", la violenza non mortale verrà dichiarata in una percentuale di casi inferiore alla realtà. È possibile che le vittime siano restie a parlare delle esperienze di violenza non solo per vergogna o tabù, ma anche per paura. In alcuni paesi ammettere di essere state vittime di determinati atti di violenza, come lo stupro, può portare alla morte. In alcune culture, la tutela dell'onore della famiglia è per tradizione un motivo per uccidere le donne che sono state violentate (i cosiddetti delitti d'onore).

I costi della violenza

La violenza esige dalle nazioni un tributo umano ed economico; il suo prezzo ogni anno ammonta a diversi miliardi di dollari USA per assistenza sanitaria, costi legali, assenze dal lavoro e mancata produttività. Negli Stati Uniti, uno studio condotto nel 1992 ha quantificato i costi diretti e indiretti delle ferite d'arma da fuoco in 126 miliardi di dollari USA all'anno. Le ferite da coltello e pugnale aggiungono altri 51 miliardi di dollari (29). In uno studio condotto nel 1996 nella provincia canadese di New Brunswick, è stato calcolato che il costo medio totale di ogni morte per suicidio era superiore a 849.000 dollari USA. La spesa diretta e indiretta totale, compresi i costi relativi a servizi sanitari, autopsie, ricerche di polizia e perdita di produttività dovuta a morte prematura, ammontava a circa 80 milioni di dollari USA (30).

I costi della violenza non sono elevati solo in Canada e negli Stati Uniti. Tra il 1996 e il 1997 la Banca per lo Sviluppo Interamericano ha sponsorizzato studi sulle dimensioni e l'impatto economico della violenza in sei paesi dell'America latina (31). Ogni studio ha quantificato le spese, a seguito di violenza, relative ai servizi sanitari, di polizia e legali, così come le perdite non quantificabili e quelle dovute al trasferimento di beni. Il costo delle spese per l'assistenza sanitaria legata a un episodio di violenza espresso come percentuale del prodotto interno lordo (PIL) nel 1997 è risultato essere 1,9% in Brasile, 5,0% in Colombia, 4,3% nel Salvador, 1,3% in Messico, 1, 5% in Perù e 0,3% in Venezuela.

È difficile calcolare in modo preciso l'onere di tutti i tipi di violenza sui sistemi di assistenza sanitaria o i loro effetti sulla produttività economica in qualsiasi parte del mondo. Le evidenze disponibili mostrano che chi ha subito una violenza domestica o sessuale nel corso della propria vita va incontro a un maggior numero di problemi di salute, a spese decisamente più elevate per l'assistenza sanitaria e a visite più frequenti ai reparti di pronto soccorso rispetto agli individui senza una storia di abuso (vedere Capitolo 4 e 6). La situazione dei bambini vittime di abusi o di incuria è simile (vedere Capitolo 3). Questi costi rappresentano una parte importante della spesa sanitaria annua.

Poiché a livello generale mancano stime della spesa nazionale relativa ad altri problemi di salute, quali depressione, fumo, alcool e abuso di droga, gravidanze non desiderate, HIV/AIDS, altre malattie a trasmissione sessuale e altre infezioni (tutte legate alla violenza in studi su piccola scala) (32-37), non è ancora possibile calcolare il peso economico globale di questi problemi quando sono correlati a violenza.

Esaminare le radici della violenza: un modello ecologico

Nessun fattore da solo è in grado di spiegare perché alcuni individui si comportino in modo violento nei confronti di altri o perché la violenza sia prevalente in alcune comunità ma non in altre. La violenza è il risultato di un'interazione complessa di fattori individuali, di relazione, sociali, culturali e ambientali. Comprendere il modo in cui questi fattori sono collegati alla violenza rappresenta uno dei passi importanti nell'approccio di salute pubblica per prevenire la violenza stessa.

Livelli multipli

I diversi capitoli di questo Rapporto si avvalgono di un modello ecologico per cercare di capire la natura multiforme della violenza. Introdotto per la prima volta alla fine degli anni settanta (38, 39), questo modello ecologico fu all'inizio applicato all'abuso sull'infanzia (38) e in seguito alla violenza tra i giovani (40, 41). Più recentemente, i ricercatori l'hanno utilizzato per studiare la violenza nella coppia (42, 43) e l'abuso sugli anziani (44, 45). Il modello analizza la relazione tra fattori individuali e contestuali e considera la violenza come il prodotto di livelli multipli di condizionamento sul comportamento (Figura 1.3).

Individuo

Il primo livello del modello ecologico cerca di individuare i fattori relativi alla storia biologica e personale che un individuo trasferisce nel proprio comportamento. Oltre a fattori biologici e demografici, vengono presi in considerazione anche fattori quali impulsività, basso livello di scolarità, abuso di sostanze e storia pregressa di aggressione e abuso. In altre parole, questo livello del modello ecologico mette a fuoco le caratteristiche di un individuo che ne aumentano la probabilità di trasformarsi in una vittima o in un autore di violenza.

Relazioni

Il secondo livello del modello ecologico indaga il modo in cui le relazioni sociali di prossimità – ad esempio la relazione con pari, partner e membri della famiglia – aumentano il rischio di essere vittima o autore di violenza. Nel caso della violenza tra partner e dell'abuso sui bambini, ad esempio, il fatto di interagire su base quasi giornaliera o di convivere con una persona che commette abusi può aumentare la possibilità di esperienze violente. Poiché gli individui sono legati da una relazione costante, è probabile in questi casi che la vittima sia ripetutamente soggetta alla violenza del suo persecutore (46). Per quanto riguarda la violenza tra i giovani, la ricerca mostra come la probabilità che essi si comportino in modo negativo aumenti notevolmente quando tale comportamento viene incoraggiato e approvato dagli amici (47, 48). I pari, i partner e i membri della famiglia hanno tutti in teoria la possibilità di plasmare il comportamento e le esperienze di un individuo.

Figura 1.3 **Modello ecologico per comprendere la violenza**



Comunità

Il terzo livello del modello ecologico esamina i contesti di comunità – scuola, lavoro e quartiere – in cui si consumano le relazioni sociali, e cerca di individuare le caratteristiche di queste situazioni che si associano all’essere vittima o autore di violenza. Un elevato grado di mobilità residenziale (quando gli individui non risiedono per un tempo prolungato nello stesso luogo, ma traslocano diverse volte), eterogeneità (gruppi di popolazione profondamente diversi, a cui manca il “collante” sociale che lega le comunità) ed elevata densità di popolazione, sono tutti esempi di tali caratteristiche e sono stati tutti singolarmente associati alla violenza. Analogamente, comunità caratterizzate da problemi quali traffico di droga, elevati livelli di disoccupazione o diffuso isolamento sociale (persone che non conoscono i propri vicini o che non sono coinvolte nella comunità locale) presentano maggiori probabilità di vivere esperienze di violenza. La ricerca in questo campo mostra come le occasioni di violenza siano maggiori in alcuni contesti di comunità piuttosto che in altri – ad esempio in aree povere o degradate o nei luoghi in cui manca il sostegno istituzionale.

Società

Il quarto e ultimo livello del modello ecologico esamina le caratteristiche più generali della società che condizionano i tassi di violenza. Vi sono i fattori che creano un clima favorevole alla violenza, quelli che riducono l’inibizione nei suoi confronti e quelli che creano e mantengono un divario tra diversi segmenti della società – o tensioni tra diversi gruppi o paesi. Questi più ampi fattori a livello di società comprendono:

- norme culturali che avallano la violenza come metodo accettabile per risolvere i conflitti;
- atteggiamenti che considerano il suicidio una scelta individuale piuttosto che un atto di violenza che si può prevenire;
- norme che danno priorità ai diritti dei genitori rispetto al benessere dei bambini;
- norme che accentuano il potere degli uomini sulle donne e i bambini;
- norme che sostengono l’utilizzo esagerato della forza da parte della polizia nei confronti dei cittadini;
- norme che sostengono il conflitto politico.

I fattori relativi alla società comprendono anche le politiche sanitarie, educative, economiche e sociali che mantengono un elevato grado di disparità economica o sociale tra diversi gruppi all’interno della società (Box 1.2).

La struttura ecologica evidenzia le molteplici cause della violenza e l’interazione dei fattori di rischio che agiscono all’interno della famiglia e dei più ampi contesti comunitari, sociali, culturali ed economici. Considerato all’interno di un contesto evolutivo, il modello ecologico mostra anche come fattori diversi possono causare violenza nei diversi momenti della vita.

Legami complessi

Anche se è possibile che alcuni fattori di rischio siano tipici di un particolare genere di violenza, le sue diverse manifestazioni hanno frequentemente in comune numerosi fattori di rischio. Il prevalere di alcune norme culturali, la povertà, l’isolamento sociale e fattori quali l’abuso di alcool, di droghe e la possibilità di accesso alle armi rappresentano fattori di rischio per molti tipi diversi di violenza. Di conseguenza, non è raro che alcuni individui a rischio subiscano violenze di diverso genere. Le donne esposte al rischio di subire violenza fisica da parte del partner, ad esempio, rischiano anche di essere vittime di violenza sessuale (18).

Non è raro inoltre riscontrare legami tra i diversi tipi di violenza. La ricerca ha evidenziato come l'esposizione alla violenza in ambito familiare si associ al rischio di essere vittime o autori di violenza nell'adolescenza e nell'età adulta (49). Aver patito un'esperienza di rifiuto, incuria o indifferenza da parte dei genitori espone i bambini a un rischio maggiore di comportamento aggressivo e antisociale, nonché di comportamento abusivo da adulti (50-52). Sono state

Box 1.2 Globalizzazione: le implicazioni per la prevenzione della violenza

Attraverso la circolazione e lo scambio di informazioni, idee, servizi e prodotti sempre più rapidi e generalizzati, la globalizzazione ha eroso i confini funzionali e politici che dividevano gli individui in stati sovrani. Da un lato ciò ha determinato una massiccia espansione del commercio mondiale accompagnata da una domanda di risultati economici più rilevanti, creando milioni di posti di lavoro ed elevando gli standard di vita di alcuni paesi in modo prima impensabile. Dall'altro lato, gli effetti della globalizzazione sono stati decisamente impari. In alcune parti del mondo, la globalizzazione ha determinato maggiori disparità di reddito e ha contribuito a distruggere caratteristiche quali la coesione sociale, che fungeva da elemento di protezione nei confronti della violenza interpersonale.

I vantaggi e gli ostacoli per la prevenzione della violenza dovuti alla globalizzazione possono essere riassunti come segue.

Gli effetti positivi

Il massiccio miglioramento del processo di condivisione delle informazioni determinato dalla globalizzazione ha creato nuove reti e alleanze internazionali che hanno il potenziale per migliorare la quantità e la qualità dei dati raccolti sulla violenza. Laddove la globalizzazione ha elevato gli standard di vita e ha contribuito a ridurre le disuguaglianze, esistono maggiori probabilità che gli interventi economici vengano utilizzati per allentare le tensioni e i conflitti tra i diversi stati e al loro interno. Inoltre, la globalizzazione crea nuove modalità di utilizzo dei meccanismi globali per:

- Condurre ricerche sulla violenza, soprattutto sui fattori sociali, economici e politici che trascendono i confini nazionali.
- Favorire le attività di prevenzione della violenza su scala regionale o globale.
- Implementare leggi e trattati internazionali atti a ridurre la violenza.
- Sostenere gli sforzi di prevenzione della violenza all'interno dei diversi paesi, in particolar modo in quelli che mostrano limitate capacità di condurre tali attività.

Gli effetti negativi

Le società già caratterizzate da notevoli disuguaglianze, che sperimentano un ulteriore ampliamento del divario tra ricchi e poveri causato dalla globalizzazione, corrono il rischio di assistere a un incremento della violenza interpersonale. Rapidi mutamenti sociali in risposta a forti pressioni globali – come si è verificato, ad esempio, in alcuni stati dell'ex Unione Sovietica – possono distruggere i sistemi di controllo sociale sul comportamento e creare le condizioni per un elevato grado di violenza. La rimozione dei vincoli di mercato, inoltre, e la maggiore spinta verso il profitto determinati dalla globalizzazione possono condurre ad esempio a un più facile accesso ad alcool, droghe e armi, nonostante gli sforzi per ridurne l'uso.

La necessità di risposte globali

La violenza è un problema che non può limitarsi alla politica nazionale ma deve essere affrontata anche a livello globale – attraverso il raggruppamento di stati, agenzie internazionali e reti internazionali di organizzazioni governative e non governative. Questo impegno internazionale deve mirare allo sfruttamento degli aspetti positivi della globalizzazione per il bene comune, lottando allo stesso tempo per limitarne gli aspetti negativi.

riscontrate associazioni tra la tendenza suicida e diversi tipi di violenza, compreso il maltrattamento sui bambini (53, 54), la violenza nei confronti del partner (33, 55), la violenza sessuale (53) e l'abuso nei confronti degli anziani (56, 57). Nello Sri Lanka, è stato osservato come i tassi di suicidio si fossero ridotti in tempo di guerra, solo per aumentare nuovamente dopo la fine del conflitto violento (58). In molti paesi che hanno vissuto un conflitto violento, i tassi della violenza interpersonale rimangono elevati anche dopo la cessazione delle ostilità – anche perché la violenza è stata progressivamente accettata a livello sociale ed esiste disponibilità di armi.

I legami tra la violenza e l'interazione tra fattori individuali e i più ampi contesti sociali, culturali ed economici suggeriscono come possa essere utile affrontare i fattori di rischio ai vari livelli del modello ecologico al fine di ridurre più di un tipo di violenza.

In che modo è possibile prevenire la violenza?

Le prime due fasi del modello di salute pubblica offrono importanti informazioni sulle popolazioni che richiedono interventi preventivi, così come sui fattori di rischio e di protezione che devono essere affrontati. Trasformare queste conoscenze in azione pratica rappresenta un obiettivo fondamentale per la sanità pubblica.

Tipi di prevenzione

Gli interventi di salute pubblica sono solitamente caratterizzati da tre livelli di prevenzione:

- **Prevenzione primaria:** interventi mirati a prevenire la violenza prima che si verifichi.
- **Prevenzione secondaria:** interventi che si concentrano sulle risposte più immediate alla violenza, quali assistenza pre-ospedaliera, servizi di pronto soccorso o terapia per le malattie a trasmissione sessuale dopo uno stupro.
- **Prevenzione terziaria:** interventi che si concentrano sull'assistenza a lungo termine a seguito di violenza, come riabilitazione e reintegrazione, nonché tentativi di attenuazione del trauma o di riduzione della disabilità a lungo termine associati alla violenza.

Questi tre livelli di prevenzione vengono definiti in base alla loro relazione temporale rispetto alla violenza: se la prevenzione ha luogo prima della violenza, immediatamente dopo o a lungo termine dopo l'evento. Anche se tradizionalmente riguardano le vittime della violenza e sono condotte nell'ambito di un contesto sanitario, si ritiene che le azioni di prevenzione secondaria e terziaria possano essere importanti anche per chi commette la violenza e possano essere condotte in contesti giudiziari come risposta alla violenza.

I ricercatori nel campo della prevenzione della violenza sono progressivamente giunti a una definizione di prevenzione basata sul gruppo target. Tale definizione raggruppa gli interventi come segue (59):

- **Interventi universali:** approcci dedicati a gruppi di popolazione o alla popolazione in generale a prescindere dal rischio individuale; ad esempio programmi di prevenzione della violenza destinati a tutti gli studenti di una scuola o a bambini di un'età specifica, e campagne informative rivolte a tutta la comunità.
- **Interventi selezionati:** approcci finalizzati ai soggetti considerati a maggior rischio di violenza (che presentano uno o più fattori di rischio); un esempio di tali interventi è rappresentato dai programmi di formazione per genitori soli con basso reddito.
- **Interventi appropriati** – approcci rivolti a chi ha già manifestato comportamenti violenti, come ad esempio il trattamento per i responsabili di violenza domestica.

Sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo fino a oggi molti interventi si sono

concentrati sugli interventi di prevenzione secondaria e terziaria. È comprensibile che venga spesso data priorità al trattamento delle conseguenze immediate della violenza, offrendo sostegno alle vittime e punendo i responsabili. Tali risposte, importanti e da potenziare, devono essere accompagnate da maggiori investimenti per la prevenzione primaria. Una risposta esaudiva alla violenza non riguarda solo la protezione e il sostegno di chi ne è vittima, ma promuove la non violenza, riduce i casi di violenza e modifica le circostanze e le condizioni che in primo luogo la determinano.

Risposte diversificate

Poiché la violenza rappresenta un problema sfaccettato, con radici biologiche, psicologiche, sociali e ambientali, è necessario affrontarla su diversi livelli contemporaneamente. Il modello ecologico ha una duplice valenza: ogni livello del modello rappresenta un livello di rischio e ogni livello può anche essere visto come un punto chiave per l'intervento.

Affrontare la violenza su diversi livelli significa considerare tutti gli aspetti che seguono:

- Esaminare i fattori di rischio individuali e agire al fine di modificare comportamenti individuali a rischio.
- Influire sulle relazioni personali più strette e operare per creare ambienti familiari sani, nonché offrire aiuto e sostegno professionale alle famiglie in difficoltà.
- Monitorare luoghi pubblici quali scuole, posti di lavoro e quartieri e prendere provvedimenti per affrontare i problemi che potrebbero condurre alla violenza.
- Occuparsi delle disparità di genere, nonché degli atteggiamenti e delle pratiche culturali negativi.
- Occuparsi dei più generali fattori culturali, sociali ed economici che contribuiscono alla violenza e attuare provvedimenti per modificarli, nonché misure per ridurre il divario tra ricchi e poveri e per assicurare un accesso equo a beni, servizi e opportunità.

Documentare le risposte efficaci

Una regola generale fondamentale per l'approccio di salute pubblica alla violenza consiste nel fatto che tutti gli interventi, di qualunque dimensione, devono sottostare a una rigorosa valutazione. Documentare le risposte esistenti e favorire una rigorosa valutazione scientifica degli interventi nei diversi contesti è importante per tutti. È necessario in particolar modo per chi cerca di individuare le risposte più efficaci e le strategie in grado di fare la differenza.

Raccogliere tutte le evidenze e le esperienze disponibili rappresenta inoltre un aspetto particolarmente utile per l'azione di pressione politica, in quanto dimostra ai responsabili delle decisioni che è possibile fare qualcosa. Ancora più rilevante è che fornisce loro indicazioni importanti sul tipo di interventi in grado di ridurre la violenza.

Equilibrare l'azione della sanità pubblica

Una ricerca rigorosa ha bisogno di tempo per produrre risultati. L'impulso a investire solamente in approcci sicuri non dovrebbe ostacolare il sostegno a quelli promettenti. Gli approcci promettenti sono quelli che sono già stati valutati ma che hanno bisogno di ulteriore analisi in contesti differenti e con diversi gruppi di popolazione.

È importante sperimentare e provare diversi tipi di programmi e utilizzare le iniziative e le idee delle comunità locali. La violenza rappresenta un problema troppo grave per rimandare l'azione di salute pubblica in attesa di perfezionare le conoscenze.

Occuparsi delle norme culturali

In diverse parti del mondo, la specificità e la tradizione culturale sono talvolta utilizzate per

giustificare particolari pratiche sociali che perpetuano la violenza. L'oppressione delle donne è uno degli esempi più frequentemente citati, ma se ne possono trovare molti altri.

Le norme culturali devono essere trattate con sensibilità e con rispetto in tutte le attività di prevenzione – con sensibilità a causa dell'attaccamento spesso appassionato delle persone alle proprie tradizioni e con rispetto poiché la cultura rappresenta in molti casi una fonte di protezione contro la violenza. L'esperienza inoltre ha mostrato come sia importante confrontarsi, sia all'inizio che durante la definizione e la realizzazione dei programmi, con i leader religiosi e tradizionali, i gruppi laici e le figure di riferimento della comunità, quali ad esempio i guaritori tradizionali.

Azioni contro la violenza a tutti i livelli

Il successo duraturo delle azioni di prevenzione della violenza dipenderà sempre di più da approcci completi a tutti i livelli.

A livello locale

A livello locale, i partner comprendono coloro che prestano assistenza sanitaria, polizia, educatori, operatori sociali, datori di lavoro e rappresentanti del governo. A questo livello è possibile fare molto per promuovere la prevenzione. Programmi pilota e progetti di ricerca su piccola scala possono essere lo strumento per sperimentare nuove idee e – aspetto altrettanto importante – per abituare partner diversi a lavorare insieme. Strutture quali gruppi o commissioni di lavoro che tengano uniti i diversi settori e mantengano i contatti sia a livello formale sia a livello informale sono fondamentali per il successo di questo tipo di collaborazione.

A livello nazionale

È auspicabile l'esistenza di partnership multisettoriali sia a livello nazionale sia a livello locale. Diversi ministeri – e non solo quelli relativi al sistema giudiziario, ai servizi sociali e alla salute – possono contribuire in modo determinante alla prevenzione della violenza. I ministeri che si occupano di educazione sono partner naturali, data l'importanza degli interventi nelle scuole. I ministeri che si occupano del lavoro possono agire profondamente per ridurre la violenza sul posto di lavoro, soprattutto collaborando con i sindacati e i datori di lavoro (Box 1.3). I ministeri della difesa possono caratterizzare in modo positivo gli atteggiamenti nei confronti della violenza di moltissimi uomini di giovane età sotto il loro controllo, sostenendo la disciplina, favorendo codici d'onore e creando una profonda consapevolezza della pericolosità delle armi. I leader e le organizzazioni religiose possono agire profondamente attraverso l'opera pastorale e, nelle situazioni appropriate, offrendo la propria collaborazione per mediare nel caso di problemi specifici.

A livello globale

Come è già stato dimostrato, ad esempio, nel caso della risposta internazionale all'AIDS e degli aiuti in caso di calamità, la cooperazione e lo scambio di informazioni tra organizzazioni a livello globale sono in grado di determinare benefici significativi – così come accade a livello nazionale e locale. In quest'ottica, l'OMS può indubbiamente giocare un ruolo importante a livello globale in quanto agenzia delle Nazioni Unite responsabile della salute. Altre agenzie internazionali, comunque, possono offrire un contributo determinante nel proprio ambito specialistico. Tra queste, solo per citarne alcune, ricordiamo l'ufficio delle Nazioni Unite dell'Alto Commissario per i diritti umani (per quanto riguarda i diritti umani), l'ufficio delle

Box 1.3 Un approccio globale per prevenire la violenza sul posto di lavoro

La violenza sul posto di lavoro è uno dei maggiori responsabili di morte e lesioni in diverse parti del mondo. Negli Stati Uniti, le statistiche ufficiali indicano l'omicidio come la seconda causa singola di morte sul posto di lavoro – dopo gli incidenti stradali – per gli uomini, e la prima per le donne. Nell'Unione Europea, si ritiene che circa tre milioni di lavoratori (il 2% della forza lavoro) siano stati vittime di violenza fisica sul posto di lavoro. Studi condotti su lavoratrici immigrate dalle Filippine hanno mostrato come un numero eccessivamente elevato di queste donne, soprattutto quelle che lavorano come collaboratrici domestiche o nel campo dello spettacolo, sia vittima di violenza in ambiente lavorativo.

La violenza sul posto di lavoro non riguarda solo il comportamento fisico ma anche quello psicologico. Diversi lavoratori sono vittime di azioni di bullismo, molestie sessuali, minacce, intimidazioni e altre forme di violenza psicologica. Ricerche condotte nel Regno Unito hanno osservato come il 53% degli impiegati sia stato vittima di episodi di bullismo sul posto di lavoro e il 78% abbia assistito a episodi di questo genere. In Sudafrica, il numero di aggressioni sul posto di lavoro viene definito “eccessivamente elevato” e da uno studio recente è emerso come il 78% degli intervistati avesse vissuto nella propria storia professionale episodi di bullismo.

Ripetuti atti di violenza – dovuti a bullismo, molestie sessuali e minacce per umiliare e mettere in difficoltà i lavoratori – possono anche determinare situazioni estremamente gravi. In Svezia è stato calcolato come tale comportamento rappresenti una delle cause nel 10-15% dei suicidi.

I costi

La violenza sul posto di lavoro è responsabile di un'interruzione immediata e spesso permanente dei rapporti interpersonali e dell'intero ambiente di lavoro. I costi di tale violenza comprendono:

- Costi diretti, dovuti a cause quali:
 - incidenti;
 - malattia;
 - disabilità e morte;
 - assenteismo;
 - avvicendamento dello staff.
- Costi indiretti, che comprendono:
 - ridotta performance lavorativa;
 - prodotti o servizi di qualità inferiore e produzione più lenta;
 - minore competitività.
- Costi ancora meno tangibili, che comprendono:
 - danno all'immagine di un'organizzazione;
 - riduzione della motivazione e del morale;
 - minore lealtà all'organizzazione;
 - ridotti livelli di creatività;
 - un ambiente poco favorevole al lavoro.

Le risposte

Come accade quando si affronta il problema della violenza in altri contesti, è necessario un approccio globale. La violenza sul posto di lavoro non è semplicemente un problema individuale che si verifica saltuariamente, ma rappresenta un problema strutturale con cause socioeconomiche, culturali e organizzative più ampie.

La tradizionale risposta alla violenza sul posto di lavoro, basata esclusivamente sull'imposizione di regolamenti, non è adatta alla molteplicità delle situazioni professionali. Un approccio più esauritivo mette a fuoco le cause di questa specifica manifestazione della violenza. Ha lo scopo di rendere la salute, la sicurezza e il benessere dei lavoratori parte integrante dello sviluppo di un'organizzazione.

La tipologia di interventi sistematici e mirati, utilizzati sempre più frequentemente in questo ambito, comprende:

- attiva collaborazione delle organizzazioni sindacali e dei datori di lavoro nella formulazione di politiche e programmi ben definiti contro la violenza sul posto di lavoro;
- leggi e linee guida adeguate da parte del governo nazionale e locale;
- diffusione di studi di caso sui metodi efficaci di prevenzione della violenza sul posto di lavoro;
- miglioramenti nell'ambiente di lavoro, negli stili di gestione e nell'organizzazione del lavoro;
- maggiori opportunità di formazione;
- consulenza e sostegno alle vittime di violenza.

Grazie al legame diretto che si crea tra salute, sicurezza, gestione e sviluppo di un'organizzazione, questo approccio globale offre gli strumenti per un'azione sollecita e sostenibile al fine di eliminare la violenza dal posto di lavoro.

Nazioni Unite dell'Alto Commissario per i rifugiati (rifugiati), il Fondo delle Nazioni Unite per i bambini (per il benessere dei bambini), il Fondo di sviluppo delle Nazioni Unite per le donne e quello per la popolazione (salute delle donne), il Programma di sviluppo delle Nazioni Unite (sviluppo umano), l'Istituto di ricerca interregionale delle Nazioni Unite su criminalità e giustizia (criminalità) e la Banca mondiale (finanziamento e governo). Una varietà di donatori internazionali, di programmi bilaterali, organizzazioni non governative e organizzazioni religiose è già coinvolta nelle attività di prevenzione della violenza in tutto il mondo.

Problemi per i responsabili delle decisioni a livello nazionale

Se in molti casi è possibile prevenire la violenza, sorge spontanea una domanda: perché non esiste maggiore impegno a questo riguardo, soprattutto a livello nazionale o provinciale e statale?

Uno dei maggiori ostacoli è rappresentato semplicemente dall'assenza di conoscenze. Per molti responsabili delle decisioni, l'idea che la violenza costituisca un problema di salute pubblica è una novità – e soprattutto contrasta con la loro convinzione che la violenza rappresenti un problema di criminalità. Ciò è vero soprattutto per quanto riguarda le forme meno visibili di violenza, quali ad esempio gli abusi nei confronti di bambini, donne e anziani. Anche l'idea che la violenza si possa prevenire è un concetto nuovo o discutibile per i responsabili delle decisioni. Per molti di loro, è impossibile pensare di realizzare una società libera dalla violenza: un livello "accettabile" di violenza, soprattutto nelle strade in cui vivono, sembra molto più realistico. Per altri, paradossalmente, è vero il contrario: poiché in molti casi la violenza è nascosta, distante o sporadica, sono convinti che pace e sicurezza siano la situazione prevalente. Così come l'aria pura è data per scontata finché l'atmosfera si rivela assolutamente inquinata, il problema della violenza viene affrontato solo quando raggiunge la nostra soglia. Non stupisce quindi come alcune delle soluzioni più innovative siano state elaborate dalle comunità e dalle municipalità, ossia i livelli di governo che vivono il problema più da vicino quotidianamente.

Un altro problema riguarda la fattibilità delle diverse opzioni politiche per affrontare il problema. Il numero dei responsabili delle decisioni coscienti della possibilità di prevenire molte forme di violenza è insufficiente. Troppi ritengono che l'approccio tradizionale basato

sul sistema giudiziario penale sia l'unico che "funzioni". Tale convinzione non coglie le dimensioni del problema nella società. Perpetua l'attenzione dedicata ad alcune forme estremamente visibili di violenza – soprattutto quella giovanile – e dedica minore impegno ad altri tipi, quali la violenza tra partner e l'abuso sull'infanzia e sugli anziani, ambiti in cui il sistema della giustizia penale ha meno strumenti ed è meno efficace.

Un terzo problema è rappresentato dalla risolutezza. La violenza è una questione decisamente legata alla sfera affettiva e molti paesi sono riluttanti a prendere iniziative che mettano in discussione atteggiamenti o pratiche profondamente radicati. Può essere necessario molto coraggio politico per sperimentare nuovi approcci in aree quali la garanzia dell'ordine pubblico e la sicurezza.

Alla luce di questi tre problemi, è chiara l'importanza del ruolo svolto da professionisti della salute pubblica, istituzioni accademiche, organizzazioni non governative e internazionali per aiutare i governi ad approfondire le proprie conoscenze e la propria fiducia negli interventi e realizzarli. L'azione di sollecitazione, attraverso l'educazione e le informazioni scientifiche, è parte integrante di questo ruolo. L'altra componente riguarda l'azione di collaborazione o consulenza, che si esplica nell'elaborazione delle politiche e nella definizione o implementazione degli interventi.

Conclusioni

La salute pubblica riguarda la salute e il benessere delle popolazioni nella loro globalità. La violenza impone un peso gravoso su tale benessere. L'obiettivo della sanità pubblica consiste nel creare comunità sicure e sane in tutto il mondo. Una delle priorità più importanti attualmente riguarda la necessità di persuadere tutti i diversi settori – a livello globale, nazionale e di comunità – a impegnarsi per questo obiettivo. I responsabili della sanità pubblica possono fare molto per istituire programmi e politiche nazionali per prevenire la violenza, creando importanti partnership tra i diversi settori e garantendo un'adeguata allocazione delle risorse per le attività di prevenzione.

Anche se la leadership nell'ambito della salute pubblica non deve e non può guidare tutte le azioni necessarie a prevenire e contrastare la violenza, essa riveste comunque un ruolo importante. I dati a disposizione della sanità pubblica e di altre agenzie, le conoscenze ottenute attraverso un metodo scientifico nonché l'impegno per la ricerca di risposte efficaci sono l'importante contributo che il campo della salute pubblica porta alla risposta globale alla violenza.

Bibliografia

1. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7–29.
2. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
3. Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. New York, NY, Academic Press, 1964:231–276.
4. Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53:1146–1158.
5. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.
6. Kruger J et al. A public health approach to violence prevention in South Africa. In: van Eeden R, Wentzel M, eds. *The dynamics of aggression and violence in South Africa*. Pretoria, Human Sciences Research Council, 1998:399–424.

7. Houry D et al. Emergency department documentation in cases of intentional assault. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:715–719.
8. WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/FCH/GWH/02.01).
9. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).
10. Sethi D, Krug E, eds. *Guidance for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NMH/PVI/00.2).
11. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements*, Version 1.0. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
12. *Uniform data elements for the national fatal firearm injury reporting system*. Boston, MA, Harvard Injury Control Research Center, Harvard School of Public Health, 2000.
13. *Data elements for emergency departments*. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
14. Dahlberg LL, Toal SB, Behrens CB. *Measuring violence-related attitudes, beliefs, and behaviors among youths: a compendium of assessment tools*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
16. *World health statistics annual 1996*. Geneva, World Health Organization, 1998.
17. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1–87.
18. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
19. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
20. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
21. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey*, 1995. Calverton, MD, Macro International, 1996.
22. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
23. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
24. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
25. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
26. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77–81.
27. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:1–104 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
28. Gofin R, Palti H, Mandel M. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218–223.
29. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329–341.
30. Clayton D, Barcel A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Diseases in Canada*, 1999, 20:89–95.

31. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
32. Kaplan SJ et al. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:954–959.
33. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
34. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
35. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320–325.
36. Kakar F et al. The consequences of landmines on public health. *Prehospital Disaster Medicine*, 1996, 11:41–45.
37. Toole MJ. Complex emergencies: refugee and other populations. In: Noji E, ed. *The public health consequences of disasters*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:419–442.
38. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
39. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
40. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
41. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
42. Chaulk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
43. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262–290.
44. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
45. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
46. Reiss AJ, Roth JA, eds. *Violence in families: understanding and preventing violence. Panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 1*. Washington, DC, National Academy Press, 1993:221–245.
47. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
48. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
49. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence: revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:390–395.
50. Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. In: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, eds. *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford, Pergamon Press, 1978:73–93.
51. McCord J. A forty-year perspective on the effects of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1983, 7:265–270.
52. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 27:251–272.
53. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 2001, 135:17–36.

54. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
55. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services*, 1995, 25:43–64.
56. Bristowe E, Collins JB. Family-mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
57. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
58. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in Northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, 91:1–4.
59. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251–273.

2. La violenza giovanile

Background

La violenza giovanile è una delle forme di violenza più visibili all'interno della società. In tutto il mondo, i quotidiani e i mass media riferiscono ogni giorno episodi di violenza commessi dai ragazzi: in bande, a scuola o per la strada. Nella maggior parte dei casi le vittime e i responsabili di tali episodi, quasi dappertutto, sono adolescenti e giovani adulti (1). Gli omicidi e le aggressioni non mortali che coinvolgono i giovani contribuiscono notevolmente al peso globale di morte prematura, lesioni e disabilità (1, 2).

La violenza giovanile danneggia profondamente non solo le vittime ma anche le loro famiglie, gli amici e le comunità. I suoi effetti si misurano non soltanto in decessi, malattia e disabilità, ma anche in termini di qualità della vita. Questo tipo di violenza contribuisce notevolmente ai costi dei servizi sanitari e sociali, riduce la produttività, svaluta la proprietà, danneggia diversi servizi essenziali e in generale mina il tessuto della società.

Non è possibile analizzare il problema della violenza giovanile senza considerare altri comportamenti problematici. I giovani violenti tendono a compiere diversi tipi di reati. Spesso inoltre manifestano anche altri problemi: marinano la scuola e l'abbandonano prima del tempo, fanno uso di droghe, ricorrono abitualmente alla menzogna, guidano in modo spericolato e presentano tassi elevati di malattie a trasmissione sessuale. Tuttavia, non tutti i giovani violenti presentano altri problemi importanti e non tutti i giovani problematici sono necessariamente violenti (3).

Esiste uno stretto legame tra la violenza giovanile e altre forme di violenza. Essere testimoni di un episodio di violenza in famiglia o subire un abuso fisico o sessuale, ad esempio, può portare un bambino o un adolescente a considerare la violenza un metodo accettabile per risolvere i problemi (4, 5). Anche l'esposizione prolungata a un conflitto armato può contribuire a una cultura del terrore che incrementa l'incidenza della violenza giovanile (6-8). È fondamentale comprendere i fattori che aumentano nei giovani il rischio di diventare vittime o responsabili di violenza al fine di elaborare politiche e programmi efficaci per prevenire la violenza stessa.

Per quanto riguarda il presente Rapporto, vengono definiti giovani gli individui di età compresa tra 10 e 29 anni. Spesso, comunque, i tassi elevati di violenza perpetrata o subita riguardano anche la fascia di età compresa tra 30 e 35 anni; è necessario considerare anche questo ulteriore gruppo di giovani adulti per comprendere e prevenire la violenza giovanile.

Le dimensioni del problema

Tassi di omicidio giovanile

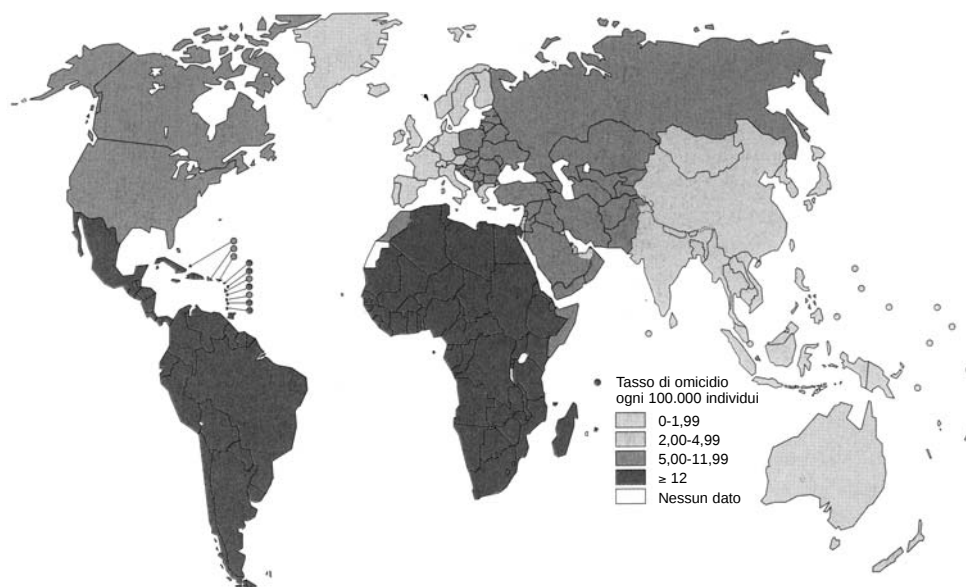
Nel 2000 sono stati registrati in totale circa 199.000 omicidi giovanili (9,2 ogni 100.000 individui). In altre parole, ogni giorno muoiono a causa di un atto di violenza interpersonale circa 565 bambini, adolescenti e giovani adulti, di età compresa tra 10 e 29 anni. I tassi di omicidio variano notevolmente a seconda delle regioni: da 0,9 ogni 100.000 nei paesi ad alto reddito dell'Europa e di alcune regioni dell'Asia e del Pacifico, fino a 17,6 ogni 100.000 in Africa e 36,4 in America latina (Figura 2.1).

Vi sono inoltre notevoli variazioni tra i singoli paesi (Tabella 2.1). Per quanto riguarda i paesi di cui l'OMS ha dati disponibili, i tassi sono più elevati in America latina (ad esempio 84,4 ogni 100.000 in Colombia e 50,2 nel Salvador), nei Caraibi (ad esempio 41,8 ogni 100.000 in Portorico), nella Federazione Russa (18,0 ogni 100.000) e in alcuni paesi dell'Europa sud-orientale (ad esempio 28,2 ogni 100.000 in Albania). Se si escludono gli Stati Uniti, in cui il tasso è di 11,0 ogni 100.000 individui, la maggioranza dei paesi con tassi di omicidio giovanile superiori a 10,0 ogni 100.000 è costituita da paesi in via di sviluppo o che stanno vivendo rapidi mutamenti sociali ed economici.

I paesi che presentano tassi contenuti si concentrano soprattutto nell'Europa occidentale – Francia (0,6 ogni 100.000), Germania (0,8 ogni 100.000) e il Regno Unito (0,9 ogni 100.000) – o in Asia, ad esempio in Giappone (0,4 ogni 100.000). Diversi paesi registrano ogni anno un numero di omicidi giovanili inferiore a 20.

Quasi dappertutto questi tassi sono inferiori tra le femmine rispetto ai maschi, suggerendo come l'essere maschio costituisca un importante fattore di rischio demografico. Il rapporto dei tassi di omicidio giovanile maschi/femmine tende a essere più elevato in paesi con elevate percentuali maschili. Ad esempio tale rapporto è 13,1:1 in Colombia, 14,6:1 nel Salvador, 16,0:1 nelle Filippine e 16,5:1 in Venezuela. Quando le percentuali maschili sono inferiori, tale rapporto è solitamente più contenuto – come ad esempio in Ungheria (0,9:1), nei Paesi

Figura 2.1 Tassi di omicidio stimati tra i giovani di età compresa tra 20 e 29 anni, 2000^(a)



Fonte: OMS, GBD 2000 Project, Versione 1.

a. I tassi sono stati calcolati in base alla Regione OMS di appartenenza e al livello di reddito del paese e quindi raggruppati in base alle dimensioni.

Tabella 2.1 Tassi di omicidio tra i giovani di età compresa tra 10 e 29 anni per paese o area: dati più recenti^a

Paese o area	Anno	Numero totale di decessi	Tasso di omicidio ogni 100.000 individui (10-29 anni)			
			Totale	Maschi	Femmine	Rapporto maschi / femmine
Albania	1998	325	28,2	53,5	5,5	9,8
Argentina	1996	628	5,2	8,7	1,6	5,5
Armenia	1999	26	1,9	3,1	— ^b	— ^c
Australia	1998	88	1,6	2,2	1,0	2,3
Austria	1999	7	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Azerbaigian	1999	194	6,7	12,1	— ^b	— ^c
Bielorussia	1999	267	8,8	13,2	4,3	3,1
Belgio	1995	37	1,4	1,8	— ^b	— ^c
Bosnia ed Erzegovina	1991	2	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Brasile	1995	20.386	32,5	59,6	5,2	11,5
Bulgaria	1999	51	2,2	3,2	— ^b	— ^c
Canada	1997	143	1,7	2,5	0,9	2,7
Cile	1994	146	3,0	5,1	— ^b	— ^c
Cina						
Hong Kong SAR	1996	16	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Aree rurali e urbane selezionate	1999	778	1,8	2,4	1,2	2,1
Colombia	1995	12.834	84,4	156,3	11,9	13,1
Costa Rica	1995	75	5,5	8,4	— ^b	— ^c
Croazia	1999	21	1,6	— ^b	— ^b	— ^c
Cuba	1997	348	9,6	14,4	4,6	3,2
Danimarca	1996	20	1,5	— ^b	— ^b	— ^c
Ecuador	1996	757	15,9	29,2	2,3	12,4
Estonia	1999	33	7,7	13,3	— ^b	— ^c
Finlandia	1998	19	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Francia	1998	91	0,6	0,7	0,4	1,9
Georgia	1992	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Germania	1999	156	0,8	1,0	0,6	1,6
Grecia	1998	25	0,9	1,4	— ^b	— ^c
Irlanda	1997	10	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Israele	1997	13	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Italia	1997	210	1,4	2,3	0,5	4,5
Federazione Russa	1998	7.885	18,0	27,5	8,0	3,4
Filippine	1993	3.252	12,2	22,7	1,4	16,0
Giamaica	1991	2	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Giappone	1997	127	0,4	0,5	0,3	1,7
Kazakistan	1999	631	11,5	18,0	5,0	3,6
Kirghizistan	1999	88	4,6	6,7	2,4	2,8
Kuwait	1999	14	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Lettonia	1999	55	7,8	13,1	— ^b	— ^c
Lituania	1999	59	5,4	8,4	— ^b	— ^c
Mauritius	1999	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c

Tabella 2.1 (*continua*)

Paese o area	Anno	Numero totale di decessi	Tasso di omicidio ogni 100.000 individui (10-29 anni)			
			Totale	Maschi	Femmine	Rapporto maschi / femmine
Messico	1997	5.991	15,3	27,8	2,8	9,8
Nuova Zelanda	1998	20	1,8	— ^b	— ^b	— ^c
Nicaragua	1996	139	7,3	12,5	— ^b	— ^c
Norvegia	1997	11	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Panama (esclusa la zona del canale)	1997	151	14,4	25,8	— ^b	— ^c
Paraguay	1994	191	10,4	18,7	— ^b	— ^c
Paesi Bassi	1999	60	1,5	1,8	1,2	1,6
Polonia	1995	186	1,6	2,3	0,8	2,7
Portogallo	1999	37	1,3	2,1	— ^b	— ^c
Portorico	1998	538	41,8	77,4	5,3	14,5
Regno Unito	1999	139	0,9	1,4	0,4	3,9
Inghilterra e Galles	1999	91	0,7	1,0	0,3	3,4
Irlanda del Nord	1999	7	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Scozia	1999	41	3,1	5,3	— ^b	— ^c
Repubblica Ceca	1999	36	1,2	1,4	— ^b	— ^c
Repubblica di Corea	1997	282	1,7	2,1	1,3	1,6
Repubblica di Moldavia	1999	96	7,7	12,8	— ^b	— ^c
Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia	1997	6	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Romania	1999	169	2,3	3,5	1,1	3,1
Salvador	1993	1.147	50,2	94,8	6,5	14,6
Singapore	1998	15	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Slovacchia	1999	26	1,5	2,4	— ^b	— ^c
Slovenia	1999	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Spagna	1998	96	0,8	1,2	0,4	2,9
Svezia	1996	16	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Svizzera	1996	17	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Tagikistan	1995	124	5,5	9,7	— ^b	— ^c
Thailandia	1994	1.456	6,2	10,0	2,2	4,4
Trinidad e Tobago	1994	55	11,4	15,4	— ^b	— ^c
Turkmenistan	1998	131	6,9	12,4	— ^b	— ^c
Ucraina	1999	1.273	8,7	13,0	4,3	3,1
Stati Uniti	1998	8.226	11,0	17,9	3,7	4,8
Uruguay	1990	36	3,6	4,5	— ^b	— ^c
Ungheria	1999	41	1,4	1,4	1,5	0,9
Uzbekistan	1998	249	2,6	3,8	1,3	3,0
Venezuela	1994	2.090	25,0	46,4	2,8	16,5

SAR: Regione Amministrativa Speciale (*Special Administrative Region*).

a. Anno più recente disponibile tra il 1990 e il 2000 per paesi con popolazione ≥ 1 milione di persone

b. Riportati meno di 20 decessi; tasso non calcolato.

c. Rapporto di tasso non calcolato se sono riportati meno di 20 decessi per maschi e femmine.

Bassi e nella Repubblica di Corea (1,6:1). La variazione del tasso di omicidio tra le femmine nei diversi paesi è decisamente inferiore alla variazione dello stesso tasso tra i maschi.

I risultati epidemiologici relativi all'omicidio giovanile sono insufficienti nei paesi e nelle Regioni in cui i dati di mortalità OMS mancano o sono incompleti. Quando esistono dati validi sull'omicidio tra i giovani, come in diversi studi condotti in paesi dell'Africa (tra cui Nigeria, Sudafrica e Repubblica Unita di Tanzania) nonché in Asia e nella Regione del Pacifico (come in Cina – compresa la provincia di Taiwan – e nelle isole Fiji) (9-16), sono stati osservati modelli epidemiologici simili, e più precisamente:

- una netta prevalenza dei maschi tra le vittime di omicidio;
- una profonda variazione dei tassi tra i singoli paesi e tra le regioni.

Tendenze degli omicidi giovanili

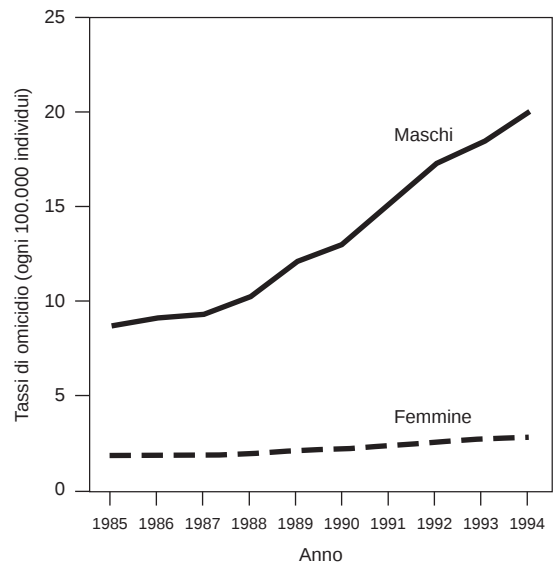
Tra il 1985 e il 1994 i tassi di omicidio tra i giovani sono aumentati in diverse parte del mondo, soprattutto tra i giovani della fascia di età compresa tra 10 e 24 anni. Sono state riscontrate anche profonde differenze di genere, nonché tra paesi e regioni. In generale, i tassi tra i giovani di età compresa tra 15 e 19 anni e tra 20 e 24 anni sono aumentati in modo superiore rispetto ai tassi relativi al gruppo di età compresa tra 10 e 14 anni. I tassi relativi ai maschi erano superiori a quelli relativi alle femmine (Figura 2.2), e gli aumenti sono stati più netti nei paesi in via di sviluppo e nelle economie in transizione. Inoltre, l'aumento dei tassi era solitamente accompagnato da un aumento dell'uso delle armi da fuoco nelle aggressioni (Figura 2.3).

Se da un lato i tassi di omicidio tra i giovani nell'Europa orientale e nei paesi dell'ex Unione Sovietica sono aumentati in maniera drammatica dopo il collasso del comunismo in questi paesi verso la fine degli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta, i tassi relativi all'Europa occidentale si sono mantenuti solitamente limitati e stabili. Nel periodo 1985-1994 nella Federazione Russa i tassi d'omicidio nei giovani di età compresa tra 10 e 24 anni sono aumentati più del 150%, passando da 7,0 a 18,0 ogni 100.000 individui, mentre in Lettonia si è assistito a un aumento del 125%: da 4,4 a 9,9 ogni 100.000. Nello stesso periodo molti di questi paesi hanno vissuto un incredibile aumento della proporzione di decessi dovuti a ferite d'arma da fuoco – proporzione più che raddoppiata in Azerbaigian, Lettonia e nella Federazione Russa.

Nel Regno Unito, invece, i tassi di omicidio relativi ai giovani di età compresa tra 10 e 24 anni nello stesso periodo sono aumentati del 37,5% (da 0,8 a 1,1 ogni 100.000). In Francia sono aumentati del 28,6% nello stesso periodo (da 0,7 ad 0,9 ogni 100.000). In Germania l'aumento è stato del 12,5% tra il 1990 e il 1994 (da 0,8 a 0,9 ogni 100.000). Se da un lato i tassi di omicidio in questi paesi sono aumentati nel corso del periodo considerato, dall'altro la proporzione degli omicidi giovanili legati all'uso delle armi si è mantenuta intorno al 30%.

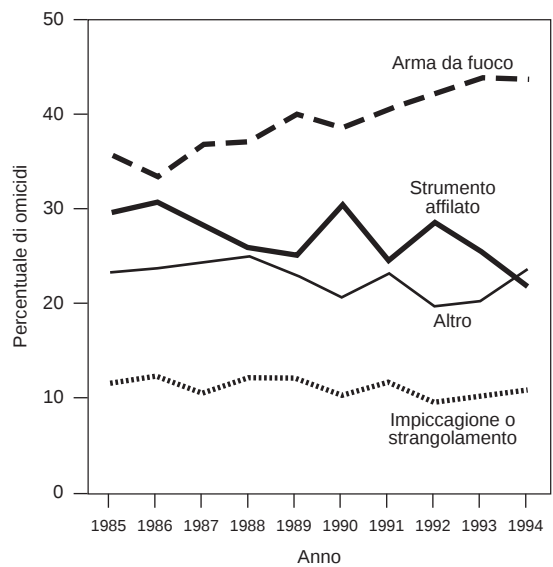
Nel continente americano sono state osservate notevoli differenze nei modelli di omicidio giovanile nel periodo 1985-1994. In Canada, dove circa un terzo di tali omicidi è legato al ricorso alle armi, i tassi sono scesi del 9,5%, passando da 2,1 a 1,9 ogni 100.000 individui. Negli Stati Uniti la tendenza è stata esattamente opposta: il 70% degli omicidi ha comportato l'uso delle armi e l'aumento è stato del 77%, da 8,8 a 15,6 ogni 100.000 individui. In Cile i tassi relativi al periodo considerato si sono mantenuti bassi e stabili: circa 2,4 ogni 100.000 individui. In Messico, dove l'uso delle armi riguarda circa il 50% di tutti gli omicidi tra i giovani, i tassi si sono mantenuti elevati e stabili, passando da 14,7 a 15,6 ogni 100.000 individui. In Colombia, invece, gli omicidi tra i giovani sono aumentati del 159%, passando da 36,7 a 95,0 ogni 100.000 individui (alla fine di questo periodo, l'80% dei casi riguardava l'uso di armi) e in Venezuela del 132%, da 10,4 a 24,1 ogni 100.000 individui.

Figura 2.2 **Tendenze globali dei tassi di omicidio giovanile tra maschi e femmine di età compresa tra 10 e 24 anni, 1985-1994^(a)**



a. In base ai dati sulla mortalità dell'OMS relativi 66 paesi.

Figura 2.3 **Tendenze delle modalità di aggressione negli omicidi tra i giovani di età compresa tra 10 e 24 anni, 1985-1994^(a)**



a. In base ai dati sulla mortalità dell'OMS relativi a 46 paesi.

In Australia il tasso di omicidio giovanile ogni 100.000 individui è sceso da 2,0 nel 1985 a 1,5 nel 1994, mentre nella vicina Nuova Zelanda è più che raddoppiato nello stesso periodo, da 0,8 a 2,2 ogni 100.000. In Giappone il tasso è rimasto contenuto: circa 0,4 ogni 100.000 individui.

Violenza non mortale

In alcuni paesi è possibile leggere parallelamente i dati relativi agli omicidi giovanili e gli studi sulla violenza non mortale. Tali confronti offrono un'immagine più completa del problema della violenza tra i giovani. Gli studi sulla violenza non mortale rivelano come per ogni omicidio giovanile vi siano circa 20-40 vittime di violenza non mortale che hanno bisogno di un trattamento ospedaliero. In alcuni paesi, compresi Israele, Nuova Zelanda e Nicaragua, il rapporto è addirittura superiore (17-19). In Israele l'incidenza annua di ferite gravi per cui è necessario un intervento di pronto soccorso tra i ragazzi di età inferiore a 18 anni è di 196 ogni 100.000 individui, a fronte di un tasso di omicidio giovanile di 1,3 ogni 100.000 tra i maschi e 0,4 tra le femmine (19).

Così come accade per gli episodi di violenza mortale, la maggioranza delle vittime di violenza non mortale trattate in ospedale è composta da maschi (20-26), sebbene il rapporto maschi-femmine in questi episodi sia in qualche modo più contenuto rispetto ai casi di decesso. Uno studio condotto a Eldoret, in Kenya, ad esempio, ha osservato come il rapporto maschi-femmine nelle vittime di violenza non mortale corrispondesse a 2,6:1 (22). Altre ricerche hanno evidenziato un rapporto di circa 3:1 in Giamaica e di 4-5:1 in Norvegia (23, 24).

I numeri relativi alle lesioni non mortali tendono ad aumentare drammaticamente nel corso del periodo centrale dell'adolescenza e all'inizio dell'età adulta. Un'inchiesta condotta tra i nuclei familiari a Johannesburg, Sudafrica, ha riscontrato come il 3,5% delle vittime di violenza avesse 13 anni o un'età inferiore, mentre il 21,9 % aveva un'età compresa tra 14 e 21 anni e il 52,3% apparteneva al gruppo di età 22-35 anni (27). Anche altri studi condotti in Giamaica, Kenya, Mozambico e in diverse città di Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Salvador e Venezuela hanno evidenziato elevati indici di lesioni non mortali dovute alla violenza tra adolescenti e giovani adulti (22, 28, 29).

Rispetto agli episodi di violenza mortale, le lesioni non mortali dovute alla violenza riguardano generalmente un numero limitato di aggressioni con arma da fuoco e un corrispondente maggiore utilizzo di pugni e calci nonché di altre armi, come ad esempio coltelli o mazze. In Honduras, il 52% delle aggressioni non mortali tra i giovani è collegato al ricorso ad armi diverse dalle armi da fuoco e uno studio condotto in Colombia ha osservato come solo il 5% delle aggressioni fosse legato alle armi da fuoco (rispetto a una percentuale superiore all'80% degli omicidi giovanili dovuti ad arma da fuoco) (25, 30). In Sudafrica, le ferite da arma da fuoco ammontano al 16% circa di tutte le ferite violente trattate negli ospedali, rispetto al 46% di tutti omicidi (31). Un confronto diretto tra i paesi e i sottogruppi all'interno dei paesi, tuttavia, che utilizzi i dati di violenza non mortale registrati presso le strutture sanitarie, può essere fuorviante. È possibile che eventuali differenze nei tassi di presentazione al pronto soccorso per ferite d'arma da fuoco, ad esempio, riflettano semplicemente le diverse modalità di assistenza medica e ospedaliera nei vari contesti.

Comportamenti a rischio per la violenza giovanile

Prendere parte a scontri fisici, fare del bullismo e portare con sé armi rappresentano fattori di rischio determinanti per la violenza tra i giovani. La maggior parte degli studi che hanno analizzato tali comportamenti hanno coinvolto alunni della scuola primaria e secondaria,

profondamente diversi dai bambini e dagli adolescenti che hanno lasciato o abbandonato la scuola. Di conseguenza, è possibile che l'applicabilità dei risultati di tali studi ai giovani che non frequentano più la scuola sia limitata.

Il coinvolgimento in scontri fisici dei bambini di età scolare di diverse parti del mondo è molto comune (32-38). Circa un terzo degli studenti riferisce di essere stato coinvolto in una lotta, e la probabilità per i maschi è 2-3 volte superiore rispetto alle femmine. In uno studio relativo al comportamento sanitario condotto tra i bambini in età scolare di 27 paesi, è stato evidenziato come in quasi tutti i paesi la maggioranza dei ragazzini di 13 anni fosse stata coinvolta almeno una volta in un episodio di bullismo (Tabella 2.2) (40). Oltre a essere forme di aggressione esse stesse, il bullismo e la lotta fisica possono anche condurre a più gravi forme di violenza (41).

Portare con sé un'arma rappresenta un grave comportamento a rischio e una tendenza soprattutto maschile tra i giovani di età scolare. Esistono, tuttavia, profonde diversità nella

Tabella 2.2 **Bullismo tra i ragazzi di 13 anni, 1997-1998**

Paese	Sei stato coinvolto in atti di bullismo nell'ultimo quadrimestre?		
	No (%)	Talvolta (%)	Una volta alla settimana (%)
Austria	26,4	64,2	9,4
Belgio (regione fiamminga)	52,2	43,6	4,1
Canada	55,4	37,3	7,3
Danimarca	31,9	58,7	9,5
Estonia	44,3	50,6	5,1
Finlandia	62,8	33,3	3,8
Francia	44,3	49,1	6,6
Galles	78,6	20,0	1,4
Germania	31,2	60,8	7,9
Grecia	76,8	18,9	4,3
Groenlandia	33,0	57,4	9,6
Inghilterra	85,2	13,6	1,2
Irlanda del Nord	78,1	20,6	1,3
Israele	57,1	36,4	6,6
Lettonia	41,2	49,1	9,7
Lituania	33,3	57,3	9,3
Norvegia	71,0	26,7	2,3
Polonia	65,1	31,3	3,5
Portogallo	57,9	39,7	2,4
Repubblica Ceca	69,1	27,9	3,0
Repubblica di Irlanda	74,2	24,1	1,7
Scozia	73,9	24,2	1,9
Slovacchia	68,9	27,3	3,9
Svezia	86,8	11,9	1,2
Svizzera	42,5	52,6	5,0
Stati Uniti	57,5	34,9	7,6
Ungheria	55,8	38,2	6,0

prevalenza di questo fenomeno, come riferito dagli adolescenti di diversi paesi. A Città del Capo, in Sudafrica, il 9,8% dei maschi e l'1,3% delle femmine della scuola secondaria ha dichiarato di avere portato coltelli a scuola nelle quattro settimane precedenti (42). In Scozia, il 34,1% dei maschi e l'8,6% delle femmine di età compresa tra 11 e 16 anni ha ammesso di aver portato con sé armi almeno una volta nella propria vita; questa percentuale aumentava in modo significativo tra chi faceva uso di droghe (43). Nei Paesi Bassi, il 21% degli alunni di scuola secondaria ha dichiarato di possedere un'arma e l'8% aveva realmente portato armi a scuola (44). Negli Stati Uniti, un'inchiesta nazionale condotta tra gli studenti di età compresa tra 14 e 17 anni ha evidenziato come il 17,3% avesse portato con sé un'arma nei 30 giorni precedenti e il 6,9% avesse portato un'arma all'interno della scuola (32).

Le dinamiche della violenza giovanile

I modelli di comportamento, compresa la violenza, cambiano nel corso della vita di ciascuno. Il periodo dell'adolescenza e i primi anni dell'età adulta sono una fase in cui la violenza, così come altri tipi di comportamento, viene espressa con maggiore forza (45). Comprendere i tempi e i modi del manifestarsi di un comportamento violento nel corso dello sviluppo di una persona può aiutare a formulare interventi e politiche di prevenzione che coinvolgano specificamente i gruppi di età più esposti (3).

Come comincia la violenza giovanile?

La violenza giovanile può maturare in diversi modi. Alcuni bambini manifestano già nella prima infanzia un comportamento problematico che gradualmente si evolve in forme più gravi di aggressività prima e durante l'adolescenza. Una percentuale compresa tra il 20% e il 45% dei ragazzi e tra il 47% e il 69% delle ragazze che si rendono responsabili di gravi atti di violenza all'età di 16-17 anni si colloca in quello che viene definito un "percorso di sviluppo continuo per tutta la vita" (3, 46-50). I giovani che rientrano in questa categoria commettono gli atti di violenza più gravi e spesso mantengono questo comportamento violento anche nell'età adulta (51-54).

Studi longitudinali hanno esaminato i diversi modi in cui l'aggressività si trasferisce dall'infanzia all'adolescenza e dall'adolescenza all'età adulta creando un modello di delinquenza persistente che dura tutta la vita. Diversi studi hanno mostrato come l'aggressività infantile costituisca un valido segno anticipatore di violenza nell'adolescenza e nei primi anni dell'età adulta. In uno studio condotto a Örebro, Svezia (55), i due terzi di un campione di circa mille giovani di sesso maschile con un comportamento violento fino all'età di 26 anni avevano presentato un punteggio elevato per l'aggressività già all'età di 10 e 13 anni, rispetto a circa un terzo di tutti i ragazzi. Analogamente, in uno studio di follow-up condotto a Jyväskylä, Finlandia, su circa 400 giovani (56), la presenza di dati di aggressività all'età di 8 e 14 anni era un elemento anticipatore di comportamento violento fino all'età di 20 anni.

Vi sono inoltre evidenze di una continuità del comportamento aggressivo dall'adolescenza all'età adulta. Uno studio condotto a Columbus, Ohio, Stati Uniti, ha evidenziato che il 59% dei giovani arrestati per atti di violenza prima dell'età di 18 anni era stato arrestato di nuovo da adulti e che il 42% di questi delinquenti adulti aveva ricevuto una condanna per almeno un atto di violenza grave, come ad esempio omicidio, aggressione aggravata o stupro (57). Era anche molto più facile che quanti erano stati arrestati da giovani per atti di grave violenza venissero arrestati di nuovo da adulti rispetto a quanto accadeva a chi era stato arrestato da giovane per atti di violenza minore. Uno studio sullo sviluppo della delinquenza condotto a

Cambridge, in Inghilterra, ha riscontrato come un terzo dei giovani di sesso maschile condannati per atti di violenza prima del compimento dei vent'anni veniva condannato un'altra volta in un'età compresa tra 21 e 40 anni, rispetto a una percentuale dell'8% di coloro che non erano stati condannati per atti di violenza durante l'adolescenza (58).

L'esistenza di un percorso di sviluppo persistente per tutto il corso della vita aiuta a spiegare la continuità nel tempo di un comportamento aggressivo e violento. Significa infatti che esistono alcuni individui che continuano ad avere una tendenza latente a un comportamento aggressivo violento maggiore rispetto ad altri. In altre parole, chi è relativamente più aggressivo a una determinata età tende a essere relativamente più aggressivo anche in seguito, anche se i livelli assoluti di violenza possono variare.

È inoltre possibile che vi siano evoluzioni nel tempo da un tipo di aggressione a un altro. In uno studio longitudinale condotto a Pittsburgh, negli Stati Uniti, su più di 1500 ragazzi studiati precedentemente all'età di 7, 10 e 13 anni, Loeber et al. hanno osservato come l'aggressività infantile tendeva a evolvere in atteggiamenti di delinquenza di gruppo e più tardi in violenza giovanile (59).

I delinquenti che rimangono tali per tutta la vita, comunque, rappresentano solamente una piccola percentuale di chi commette violenza. La maggior parte dei giovani violenti si comporta in modo violento per periodi molto più brevi. Tali individui vengono definiti "delinquenti durante l'adolescenza". I risultati dell'Inchiesta nazionale sui giovani condotta negli Stati Uniti – sulla base di un campione nazionale di giovani di età compresa tra 11 e 17 anni nel 1976, che furono osservati fino all'età di 27-33 anni – mostrano come, sebbene una piccola proporzione di giovani avesse continuato a comportarsi in modo violento all'inizio e per tutta l'età adulta, circa tre quarti dei giovani che avevano avuto un comportamento violento grave abbandonassero tale comportamento dopo circa 1-3 anni (3). La maggioranza dei giovani che diventano violenti sono delinquenti durante l'adolescenza che, in effetti, mostrano poche o nessuna traccia di elevati livelli di aggressività o di altri comportamenti problematici durante l'infanzia (3).

Fattori situazionali

Tra i delinquenti durante l'adolescenza, è possibile che alcuni fattori situazionali giochino un ruolo importante nel determinare un comportamento violento. Un'analisi situazionale – che spieghi le interazioni tra il possibile aggressore e la vittima in una determinata situazione – descrive il modo in cui una violenza potenziale si può trasformare in violenza reale. I fattori situazionali comprendono:

- le ragioni del comportamento violento;
- il luogo in cui il comportamento si manifesta;
- l'eventuale presenza di alcool e armi;
- l'eventuale presenza di altre persone oltre alla vittima e all'aggressore;
- l'eventuale verificarsi di altre azioni (quali la rapina) che potrebbero condurre alla violenza.

I motivi che determinano la violenza giovanile sono diversi in base all'età delle persone coinvolte e all'eventuale presenza di altri individui. Uno studio sulla delinquenza condotto a Montreal, Canada, ha osservato che, quando gli aggressori erano adolescenti o appena ventenni, circa la metà degli attacchi personali violenti era determinata dalla ricerca di eccitazione, spesso con il sostegno di altri aggressori, mentre l'altra metà era dovuta a cause razionali o utilitaristiche (60). In tutti i casi, tuttavia, la motivazione principale era costituita dalla ricerca di eccitazione negli aggressori adolescenti più giovani, per trasformarsi soprattutto in

utilitaristica – con il ricorso a programmazione, intimidazione psicologica e uso di armi – negli aggressori sui vent'anni (61).

L'Inchiesta nazionale sui giovani condotta negli Stati Uniti ha riscontrato che le aggressioni avvenivano generalmente in risposta a un'aggressione precedente, per vendetta, per una provocazione o per rabbia (61). Nello studio di Cambridge menzionato, le motivazioni di un'aggressione fisica erano diverse se l'aggressore si batteva da solo o se si trattava di un gruppo (62). Nelle risse individuali, un ragazzo veniva solitamente provocato, andava in collera e attaccava per fare del male all'avversario o per scaricare le proprie tensioni interiori. Negli attacchi di gruppo, i ragazzi spesso venivano coinvolti per aiutare gli amici o perché erano attaccati – raramente perché erano arrabbiati. Le risse di gruppo, tuttavia, erano globalmente più gravi. Spesso si trattava di incidenti di minore gravità che degeneravano, si verificavano solitamente nei bar o per strada, e frequentemente comportavano l'uso di armi, causavano lesioni e coinvolgevano la polizia.

L'ubriachezza costituisce un importante fattore situazionale immediato in grado di affrettare il ricorso alla violenza. In uno studio svedese, circa tre quarti degli aggressori violenti e metà delle vittime di violenza erano sotto l'effetto dell'alcool al momento dell'incidente e nello studio di Cambridge molti ragazzi si erano battuti dopo aver bevuto (62, 63).

Una caratteristica interessante dei giovani aggressori violenti che li rende più facili prede di situazioni che conducono alla violenza è costituita dalla loro tendenza a essere coinvolti in un'ampia gamma di crimini, così come il fatto di presentare svariati comportamenti problematici. Solitamente, questa categoria è più versatile che specializzata nei diversi tipi di crimini che commette. In effetti, i giovani violenti commettono tipicamente più aggressioni non violente che violente (64-66). Secondo lo studio di Cambridge, i delinquenti violenti condannati con un'età massima di 21 anni presentavano un numero di condanne per aggressioni non violente tre volte superiore al numero delle condanne per aggressioni violente (58).

Quali sono i fattori di rischio per la violenza giovanile?

Fattori individuali

A livello individuale, i fattori che condizionano la potenzialità di un comportamento violento comprendono caratteristiche biologiche, psicologiche e comportamentali. È possibile che tali fattori si manifestino già nell'infanzia o nell'adolescenza e che vengano condizionati con intensità diversa dalla famiglia e dai coetanei del soggetto, nonché da altri fattori sociali e culturali.

Caratteristiche biologiche

Per quanto riguarda i possibili fattori biologici, sono stati condotti studi su lesioni e complicazioni associate alla gravidanza e al parto partendo dall'ipotesi che esse possano causare un danno neurologico che a sua volta può condurre alla violenza. In uno studio condotto a Copenhagen, Danimarca, Kandel e Mednick (67) hanno seguito più di 200 bambini nati nel periodo 1959-1961. La ricerca ha mostrato che le complicanze del parto costituivano un fattore predittivo per gli arresti dovuti ad atti di violenza fino all'età di 22 anni. L'80% dei giovani arrestati per un atto di violenza presentava un punteggio elevato per quanto riguarda le complicanze del parto, rispetto al 30% riscontrato nei giovani arrestati per attacchi al patrimonio e al 47% osservato in chi non aveva precedenti penali. Le complicanze al momento del parto, dall'altro lato, non costituivano comunque un fattore predittivo significativo per la violenza.

È interessante osservare come le complicanze del parto erano decisamente associate a futuri atti di violenza quando uno dei genitori presentava una storia di malattia psichiatrica (68). In questi casi, il 32% dei maschi che avevano avuto gravi complicanze al parto veniva arrestato per violenza, rispetto al 5% di quanti avevano avuto complicanze lievi o non ne avevano avute. Purtroppo, questi risultati non sono stati replicati da Denno nel Progetto biosociale di Philadelphia (69) – uno studio condotto su quasi 1000 bambini afro-americani di Philadelphia, Stati Uniti, seguiti dalla nascita fino all'età di 22 anni. Si potrebbe quindi affermare che le complicanze della gravidanza e del parto rappresentano un fattore di predizione della violenza solo o soprattutto quando si verificano contestualmente ad altri problemi all'interno della famiglia.

Una frequenza cardiaca ridotta – evidenziata soprattutto nei maschi – viene associata alla ricerca di sensazioni forti e all'amore per il rischio, due caratteristiche che possono predisporre i ragazzi all'aggressione e alla violenza nel tentativo di aumentare i livelli di stimolazione e di eccitazione (70-73). Una frequenza cardiaca elevata, tuttavia, soprattutto nei neonati e nei bambini piccoli, è legata ad ansia, paura e inibizioni (71).

Caratteristiche psicologiche e comportamentali

Tra gli elementi della personalità e del comportamento che rivestono maggiore importanza come fattori predittivi per la violenza giovanile vi sono iperattività, impulsività, scarsa capacità di controllo comportamentale e problemi di attenzione. Il nervosismo e l'ansia, comunque, sono collegati inversamente alla violenza. In uno studio di follow-up condotto a Dunedin, Nuova Zelanda, su più di 1000 bambini si è osservato come fosse molto più probabile che i maschi fino a 18 anni condannati per violenza avessero ottenuto un punteggio basso per quanto riguarda il controllo del comportamento (ad esempio impulsività e mancanza di perseveranza) all'età di 3-5 anni, rispetto ai maschi senza condanne o con condanne non legate alla violenza (74). Nello stesso studio si è visto come fattori di personalità quali la costrizione (quali cautela e sottrarsi all'eccitazione) e l'emotività negativa (quali nervosismo e alienazione) all'età di 18 anni presentavano un'importante relazione inversa con condanne per violenza (75).

Anche studi longitudinali condotti a Copenhagen, Danimarca (68), Örebro, Svezia (76), Cambridge, Inghilterra (77), e Pittsburgh, Stati Uniti (77), hanno mostrato collegamenti tra questi tratti di personalità e condanne per violenza nonché violenza autoinflitta. Iperattività, elevata propensione alla sfida o al rischio nonché scarsa concentrazione e difficoltà di attenzione prima dell'età di 13 anni rappresentavano tutti elementi significativi di predizione di violenza nei primi anni dell'età adulta. Negli studi condotti a Cambridge e negli Stati Uniti, elevati livelli di ansia e di nervosismo erano associati inversamente alla violenza.

È stato osservato come un limitato grado di intelligenza e scarsi risultati scolastici siano decisamente associati alla violenza giovanile (78). Nel progetto condotto a Philadelphia (69), bassi punteggi per il quoziente di intelligenza (QI) nei test per QI verbale e di performance all'età di 4 e 7 anni, nonché bassi punteggi nei test standard di apprendimento scolastico a 13-14 anni aumentavano la probabilità di un arresto per violenza fino all'età di 22 anni. In uno studio condotto a Copenhagen, Danimarca, su più di 12.000 ragazzi nati nel 1953, un QI basso all'età di 12 anni rappresentava un importante segno predittivo di violenza registrata dalla polizia nell'età compresa tra 15 e 22 anni. Il legame tra basso QI e violenza era più forte tra i ragazzi provenienti da gruppi socioeconomici svantaggiati.

Impulsività, problemi di attenzione, scarsa intelligenza e bassi risultati scolastici possono essere tutti collegati a carenze delle funzioni esecutive del cervello, poste nei lobi frontali. Tali

funzioni esecutive comprendono: capacità di attenzione e di concentrazione, ragionamento astratto e formazione dei concetti, formulazione di obiettivi, anticipazione e pianificazione, efficace automonitoraggio e autoconsapevolezza del comportamento nonché inibizioni relative ai comportamenti non appropriati o impulsivi (79). È interessante notare come in un altro studio condotto a Montreal, su più di 1100 bambini studiati inizialmente all'età di 6 anni e seguiti poi dall'età di 10 anni, le funzioni esecutive all'età di 14 anni, misurate tramite test cognitivo-neuropsicologici, abbiano fornito un importante strumento in grado di distinguere i ragazzi violenti da quelli non violenti (80). Tale legame non dipendeva da fattori riconducibili alla famiglia, quali status socioeconomico, età dei genitori alla nascita del primo figlio, loro livello di istruzione nonché separazione o divorzio all'interno della famiglia.

Fattori relazionali

I fattori di rischio individuali per la violenza giovanile, quali quelli descritti sopra, non esistono senza la presenza di altri fattori di rischio. Anche fattori associati alle relazioni interpersonali dei giovani – famiglia, amici e pari – possono condizionare in modo decisivo il comportamento aggressivo e violento e determinare tratti della personalità che, a loro volta, possono contribuire a un comportamento violento. L'influenza delle famiglie solitamente rappresenta in quest'ambito l'aspetto più importante durante l'infanzia, mentre nel corso dell'adolescenza sono gli amici e i pari ad avere un effetto sempre più importante (81).

L'influenza della famiglia

Il comportamento dei genitori e l'ambiente familiare sono fattori centrali per lo sviluppo di un comportamento violento nei giovani. Scarso controllo e insufficiente supervisione dei bambini da parte dei genitori, nonché il ricorso a sistemi di punizione fisica duri per disciplinare i bambini, sono importanti fattori di predizione per la violenza durante l'adolescenza e l'età adulta. Nello studio condotto su 250 ragazzi a Boston, Stati Uniti, McCord (82) ha osservato che una scarsa supervisione da parte dei genitori, l'aggressività degli stessi e una disciplina rigida all'età di 10 anni incrementavano profondamente il rischio successivo di condanne per violenza fino all'età di 45 anni.

Eron, Huesmann e Zelli (83) hanno osservato quasi 900 bambini a New York, Stati Uniti. Hanno riscontrato che le punizioni fisiche severe da parte dei genitori all'età di 8 anni rappresentavano un fattore di predizione di arresti legati a violenza fino all'età di 30 anni dei soggetti e anche – per i maschi – di severità delle punizioni inflitte a loro volta ai propri bambini e di abusi sul partner. In uno studio condotto su più di 900 bambini vittime di abuso e su circa 700 controlli, Widom ha osservato come una storia riportata di abuso fisico e di trascuratezza da bambini fosse indicativa di successivi arresti per violenza – a prescindere da altri fattori di predizione quali sesso, etnia ed età (84). Altri studi sono giunti a risultati simili (77, 85, 86).

La violenza nell'adolescenza e nell'età adulta è stata anche strettamente collegata al conflitto tra i genitori nella prima infanzia (77, 82) e a uno scarso attaccamento tra genitori e figli (87, 88). Altri fattori comprendono: elevato numero di bambini all'interno della famiglia (65, 77); madre primipara in giovane età, solitamente adolescente (77, 89, 90) e scarso livello di coesione familiare (91). Molti di questi fattori, in assenza di altro sostegno sociale, possono condizionare il funzionamento e il comportamento sociale e affettivo dei bambini. McCord (87), ad esempio, ha mostrato che i delinquenti violenti avevano meno probabilità, rispetto ai delinquenti meno violenti, di aver avuto un passato di affetti familiari e disciplina positiva.

La struttura della famiglia rappresenta un altro importante fattore che determina aggressività e violenza. I risultati di studi condotti in Nuova Zelanda, nel Regno Unito e negli Stati

Uniti mostrano come i bambini che crescono in una famiglia con un solo genitore presentino un rischio più elevato di violenza (74, 77, 92). In uno studio condotto su 5300 bambini provenienti da Inghilterra, Scozia e Galles, ad esempio, l'esperienza della separazione dei genitori tra la nascita e l'età di 10 anni aveva aumentato la probabilità di condanne per violenza fino all'età di 21 anni (92). Nello studio condotto a Dunedin, Nuova Zelanda, il fatto di vivere con un solo genitore all'età di 13 anni rappresentava un indicatore di condanne per violenza fino all'età di 18 anni (74). In queste situazioni, la minore possibilità di sostegno e la difficile situazione economica che probabilmente si crea possono essere le ragioni di una ridotta capacità educativa e del maggiore rischio per i giovani di rimanere coinvolti in atti di violenza.

In generale, uno status socioeconomico familiare basso è collegato a violenza nel futuro. In un'inchiesta nazionale sui giovani condotta negli Stati Uniti, ad esempio, la prevalenza di aggressioni e rapine spontaneamente dichiarati tra i giovani di bassa estrazione socioeconomica era circa doppia rispetto a quanto dichiarato dai giovani della classe media (93). A Lima, Perù, è stato osservato che un basso livello di istruzione della madre e un sovraffollamento abitativo si associano alla violenza giovanile (94). Uno studio condotto su giovani adulti a San Paolo, Brasile, ha riscontrato che, dopo averlo corretto per genere ed età, il rischio di rimanere vittime della violenza era decisamente più elevato per i giovani delle classi socioeconomiche svantaggiate rispetto a quanto accadeva ai coetanei delle classi socioeconomiche elevate (95). Risultati simili sono stati ottenuti da studi condotti in Danimarca (96), Nuova Zelanda (74) e Svezia (97).

Data l'importanza della supervisione da parte dei genitori, della struttura familiare e dello status economico nel definire la prevalenza della violenza giovanile, ci si potrebbe aspettare un incremento di questo genere di violenza laddove le famiglie sono state disgregate da guerre o epidemie, o a causa di rapidi mutamenti sociali. Per quanto riguarda il problema delle epidemie, circa 13 milioni di bambini in tutto il mondo hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS, più del 90% nell'Africa subsahariana, dove è probabile che altri milioni di bambini diventino orfani nei prossimi anni (98). Il violento attacco dell'AIDS nei confronti degli individui in età riproduttiva sta creando un tale numero di orfani che molte comunità non riescono più a utilizzare le strutture tradizionali per assisterli. È quindi probabile che l'epidemia di AIDS determini in futuro gravi implicazioni negative per quanto riguarda la violenza tra i giovani, in modo particolare in Africa, dove i numeri relativi a questo problema sono già estremamente elevati.

L'influenza dei pari

L'influenza dei pari nel corso dell'adolescenza è solitamente considerata positiva e importante per la formazione delle relazioni interpersonali, ma può produrre anche effetti negativi. L'esistenza di amici delinquenti, ad esempio, si associa a violenza giovanile (88). I risultati di studi condotti nei paesi industrializzati (78,88) sono coerenti con uno studio condotto a Lima, in Perù (94), che ha osservato un legame tra il comportamento violento e la presenza di amici dediti agli stupefacenti. La direzione causale di questa correlazione – se avere amici delinquenti preceda o segua il fatto di essere un aggressore violento – non è tuttavia chiara (99). Nel loro studio, Elliott e Menard hanno concluso che la delinquenza determina un legame tra pari e, allo stesso tempo, che il legame con pari delinquenti causa delinquenza (100).

Fattori relativi alla comunità

La comunità in cui i giovani vivono ha un'influenza importante sulle loro famiglie, sulla natura dei gruppi di pari e sul modo in cui possono essere esposti a situazioni che determinano

violenza. In generale, i ragazzi delle aree urbane hanno maggiori probabilità di essere coinvolti in comportamenti violenti rispetto a quelli che vivono in aree rurali (77, 88, 93). All'interno delle aree urbane, i giovani che vivono in quartieri con elevati livelli di criminalità presentano una maggiore probabilità di essere coinvolti in comportamenti violenti rispetto a quelli che vivono in altri quartieri (77, 88).

Bande, armi e droghe

La presenza di bande (Box 2.1), armi e droghe in uno stesso luogo è una miscela potente, che aumenta la probabilità di violenza. Negli Stati Uniti, ad esempio, la presenza contemporanea di questi tre elementi in un quartiere sembrerebbe essere un fattore importante che spiega il motivo per cui il tasso di arresto giovanile per omicidi è più che raddoppiato tra il 1984 il 1993) (da 5.4 a 14.5 ogni 100.000 individui) (97, 101, 102). Secondo Blumstein questo aumento è associato a un incremento nello stesso periodo dell'abitudine di portare armi con sé, del numero di bande e degli scontri legati al traffico di cocaina (103). Nello studio di Pittsburgh già menzionato, l'iniziazione al commercio di droga coincideva con un significativo aumento dell'abitudine di portare con sé armi, per cui l'80% dei ragazzi di 19 anni che spacciavano droghe pesanti (quali la cocaina) aveva anche l'abitudine di portare un'arma. A Rio de Janeiro, in Brasile, dove la maggioranza delle vittime e dei responsabili di omicidio ha un'età massima di 25 anni, il commercio di droga è responsabile di un'alta percentuale di omicidi, scontri e lesioni (105). In altre parti dell'America latina e nei Caraibi, le bande di giovani coinvolte nel traffico di droga mostrano livelli di violenza più elevati rispetto a quelle non coinvolte (106).

Integrazione sociale

Anche il grado di integrazione sociale all'interno di una comunità condiziona i tassi della violenza giovanile. Il capitale sociale è un concetto che cerca di misurare tale livello di integrazione. Si riferisce, a grandi linee, alle regole, le norme, gli obblighi, la reciprocità e la fiducia tipiche delle relazioni e delle istituzioni sociali (107). I giovani che vivono in contesti in cui il capitale sociale è carente tendono a mostrare risultati scolastici scadenti nonché una maggiore probabilità di abbandono dello studio (108).

Moser e Holland (109) hanno analizzato cinque comunità urbane povere in Giamaica. Hanno evidenziato una relazione ciclica tra violenza e distruzione del capitale sociale. Quando si verificava violenza a livello della comunità, la mobilità fisica all'interno della località specifica veniva ridotta, le opportunità di lavoro e di studio diminuivano, le imprese erano restie a investire nell'area ed era meno probabile che gli abitanti costruissero nuovi edifici o si impegnassero a restaurare o migliorare quelli esistenti. Questa riduzione del capitale sociale – la maggiore sfiducia dovuta allo smantellamento di infrastrutture, servizi e opportunità – aumentava la probabilità di un comportamento violento, soprattutto tra i giovani. Uno studio sulla relazione tra capitale sociale e tassi di criminalità, condotto in un ampio numero di paesi nel periodo 1980-1994, ha evidenziato come il livello di fiducia tra i membri della comunità aveva un effetto determinante sull'incidenza dei crimini violenti (107). Wilkinson, Kawachi e Kennedy (110) hanno mostrato che gli indici di capitale sociale che rispecchiano una scarsa coesione sociale ed elevati livelli di sfiducia interpersonale erano collegati a tassi di omicidio più elevati e a maggiori disparità economiche.

Fattori relativi alla società

Diversi fattori legati alla società possono creare condizioni che favoriscono la violenza giova-

nile. Gran parte delle evidenze legate a tali fattori, comunque, si basa su studi trasversali o ecologici ed è utile soprattutto per individuare collegamenti importanti, piuttosto che cause dirette.

Box 2.1 Le bande: un profilo

Le bande giovanili si trovano dappertutto nel mondo. Anche se le dimensioni e la natura possono cambiare notevolmente – da raggruppamento prevalentemente sociale a reti criminali organizzate – sembrano tutte rispondere al desiderio profondo di appartenere a un gruppo e di creare un'identità personale.

Nella regione del Sudafrica del Capo occidentale circa 90.000 persone appartengono a una banda, mentre a Guam nel 1993 sono state registrate 110 bande fisse, di cui 30 pericolose. A Port Moresby, in Papua Nuova Guinea, sono state individuate 4 importanti associazioni criminali con numerosi sottogruppi. Nel Salvador si ritiene che circa 30.000-50.000 persone appartengano a bande e una situazione simile è stata osservata in Honduras, mentre negli Stati Uniti nel 1996 agivano circa 31.000 bande in circa 4.800 città più o meno grandi. In Europa, il fenomeno è esteso a diversi livelli in tutto il continente e le bande più forti si trovano nei paesi con economie in transizione, come la Federazione Russa.

Si tratta principalmente di un fenomeno maschile, anche se in paesi quali gli Stati Uniti anche le ragazze hanno bande proprie. I membri possono avere un'età compresa tra 7 e 35 anni, ma solitamente sono adolescenti o appena sopra i 20 anni. Provengono principalmente da aree economicamente depresse e da ambienti a basso reddito del proletariato urbano e suburbano. Spesso, si tratta di ragazzi che hanno abbandonato la scuola e con lavori non specializzati o scarsamente retribuiti. Diverse bande nei paesi ad alto e medio reddito sono costituite da minoranze etniche o razziali che possono essere estremamente emarginate a livello sociale.

Banda significa comportamento violento. Diversi studi hanno osservato che i giovani diventano più violenti quando entrano a far parte di una banda e intraprendono attività più rischiose, spesso illegali. Nel Guam, più del 60% di tutti i crimini violenti segnalati alla polizia è commesso da giovani, e gran parte è riconducibile all'attività delle bande più pericolose dell'isola. A Brema, in Germania, la violenza commessa da membri di bande è responsabile di quasi la metà dei reati violenti denunciati. In uno studio longitudinale condotto su circa 1000 giovani a Rochester, Stati Uniti, circa il 30% del campione era costituito da membri di bande, responsabili per altro di circa il 70% dei crimini violenti autoriferiti e del 70% del traffico di droga.

Una complessa interazione di fattori spinge i giovani verso le bande. Queste sembrano proliferare in luoghi in cui l'ordine sociale stabilito si è disgregato e mancano forme alternative di comportamenti culturali condivisi. Altri fattori socioeconomici, comunitari e interpersonali che incoraggiano i giovani ad aderire alle bande comprendono:

- mancanza di opportunità di mobilità sociale o economica, all'interno di una società che promuove il consumo in modo aggressivo;
- deterioramento nell'applicazione delle leggi e nell'ordine a livello locale;
- interruzione del percorso scolastico, abbinato a bassi livelli di retribuzione per impieghi non specializzati;
- mancanza di guida, supervisione e sostegno da parte dei genitori e di altri membri della famiglia;
- punizioni fisiche o abusi all'interno della famiglia;
- presenza di pari già inseriti in una banda.

Occuparsi in modo attivo di questi fattori di base che incoraggiano il proliferare delle bande e offrire sbocchi culturali alternativi più sicuri per i potenziali membri può costituire un aiuto per eliminare una significativa percentuale di crimini violenti commessi dalle bande o che coinvolgono comunque individui giovani.

Mutamenti demografici e sociali

Rapidi mutamenti demografici nella popolazione giovanile, modernizzazione, emigrazione, urbanizzazione e cambiamenti nell'ambito delle politiche sociali sono stati collegati a un aumento della violenza giovanile (111). Nelle aree che hanno sofferto crisi economiche e le conseguenti politiche di adeguamento strutturale – come in Africa e in parti dell'America latina – i salari reali si sono spesso pesantemente ridotti, le leggi relative alla protezione del lavoro sono state indebolite o abbandonate e si è verificato un sostanziale declino dell'infrastruttura di base e dei servizi sociali (112, 113). La povertà si è decisamente concentrata nelle città interessate da elevati livelli di crescita della popolazione giovanile (114).

Nell'analisi demografica sulla realtà giovanile in Africa da loro condotta, Lauras-Locoh e Lopez-Escartin (113) affermano che la tensione tra una popolazione giovane in rapido aumento e un'infrastruttura che si sta deteriorando ha determinato rivolte a livello scolastico e studentesco. Diallo Co-Trung (115) ha osservato una situazione analoga negli scioperi e nelle ribellioni studentesche in Senegal, dove la popolazione di età inferiore a 20 anni è raddoppiata tra il 1970 e il 1988, durante un periodo di recessione economica e l'implementazione di politiche di adeguamento strutturale. In una ricerca condotta sui giovani in Algeria, Rarrbo (116) ha osservato come la contemporanea presenza di rapida crescita demografica e urbanizzazione sempre più veloce creasse le condizioni, tra cui disoccupazione e problemi abitativi, che a loro volta conducono a frustrazione profonda, rabbia e tensioni represses tra i giovani. Ne derivava una maggiore probabilità che i giovani si dedicassero ad atti di piccola criminalità e violenza, soprattutto sotto l'influsso dei pari.

In Papua Nuova Guinea, Dinnen (117) descrive l'evoluzione del *raskolism* (bande criminali) nel più ampio contesto della decolonizzazione e i conseguenti cambiamenti sociali e politici, compresa la rapida crescita di popolazione senza una parallela crescita economica. Tale fenomeno è stato citato come preoccupante anche in alcune delle economie ex sovietiche (118), dove – contemporaneamente alla continua crescita della disoccupazione e ai tagli del sistema di sicurezza sociale – ai giovani sono mancati i redditi e gli impieghi adeguati, così come il necessario sostegno sociale nel periodo compreso tra la fine della scuola e l'inizio della vita professionale. Mancando tale supporto, alcuni di essi si sono rivolti al crimine e alla violenza.

Disparità di reddito

La ricerca ha evidenziato legami tra crescita economica e violenza, nonché tra disparità di reddito e violenza (119). Gartner, in uno studio condotto in 18 paesi industrializzati nel periodo 1950-1980 (6), ha evidenziato che la disparità di reddito, misurata secondo il coefficiente Gini, ha un effetto significativo e positivo sul tasso di omicidio. Fajnzylber, Lederman e Loayza (120) sono giunti alle medesime conclusioni in una ricerca condotta su 45 paesi industrializzati e in via di sviluppo tra il 1965 e il 1995. Il tasso di crescita del PIL era inoltre significativamente associato in maniera inversa con il tasso di omicidio, anche se questo effetto era in molti casi controbilanciato da crescenti livelli di disparità di reddito. Unnithan e Whitt sono giunti alle medesime conclusioni nel loro studio trasversale (121), soprattutto per quanto riguarda il fatto che la disparità di reddito era strettamente collegata ai tassi di omicidio e che tali tassi inoltre si riducevano parallelamente all'aumento del PIL pro capite.

Strutture politiche

La qualità dell'amministrazione di un paese, sia in termini di struttura legale che per quanto riguarda le politiche che offrono protezione sociale, rappresenta un importante fattore deter-

minante per la violenza. In particolare, la capacità di una società di far rispettare le leggi esistenti sulla violenza, con l'arresto e la condanna dei responsabili, può agire da deterrente. Fajnzylber, Lederman e Loayza (120) hanno osservato che il numero di arresti per omicidi condizionava decisamente in modo negativo il numero degli omicidi stessi. Nel loro studio, provvedimenti oggettivi di governo (come i tassi di arresto) erano inversamente correlati ai tassi di criminalità, mentre le misure soggettive (quali la fiducia nel sistema giudiziario e la qualità di governo percepita) erano solo debolmente correlate a tali tassi.

Il governo può pertanto influire sulla violenza, soprattutto per quanto riguarda i giovani. Noronha et al. (122), nel loro studio sulla violenza condotto su diversi gruppi etnici in Salvador, Bahia, in Brasile, sono giunti alla conclusione che l'insoddisfazione nei confronti della polizia, del sistema giudiziario e delle prigioni aveva incrementato il ricorso a modalità non ufficiali di giustizia. A Rio de Janeiro, in Brasile, de Souza Minayo (105) ha osservato come la polizia fosse una delle principali responsabili della violenza contro i giovani. Le azioni di polizia – soprattutto quelle contro uomini giovani delle classi socioeconomiche più basse – implicavano violenza fisica, abuso sessuale, stupro e corruzione. Sanjuán (123) ha suggerito come la sensazione che la giustizia dipendesse dalla classe socioeconomica abbia avuto molta importanza nell'emergere di una cultura della violenza tra i giovani emarginati di Caracas, in Venezuela. Analogamente, Aitchinson (124) è giunto alla conclusione che nel Sudafrica del post-apartheid, l'impunità concessa a chi prima si era reso responsabile di abusi nei confronti dei diritti umani, nonché l'incapacità della polizia di modificare radicalmente i propri metodi, hanno contribuito a un diffuso in senso di insicurezza e hanno aumentato il numero delle azioni extragiudiziarie con ricorso alla violenza.

Anche la protezione sociale da parte dello stato, un altro aspetto del governo, è importante. Nel loro studio, Pampel e Gartner (125) hanno utilizzato un indicatore che misurava il livello di evoluzione delle istituzioni nazionali responsabili per la protezione sociale collettiva. Si chiedevano come mai paesi diversi, i cui i gruppi di età compresa tra 15 e 29 anni erano cresciuti nello stesso modo in un dato periodo, mostravano comunque incrementi diversi dei tassi di omicidio. Gli autori sono giunti alla conclusione che istituzioni nazionali forti nell'ambito della protezione sociale hanno un effetto inversamente proporzionale sui tassi di omicidio. Inoltre, la presenza di tali istituzioni potrebbe contrastare gli effetti sui tassi di omicidio dell'aumento numerico del gruppo di età compresa tra i 15 e i 29 anni, quello che mostra per tradizione un elevato rischio di diventare vittima o autore di un omicidio.

Messner e Rosenfeld (126) hanno analizzato l'impatto degli sforzi per proteggere le popolazioni vulnerabili dalle forze di mercato, tra cui la recessione economica. Si è osservato come una spesa sociale più elevata si associ alla riduzione del tasso di omicidio, segnalando quindi che le società dotate di reti di sicurezza economica presentano un numero inferiore di omicidi. Briggs e Cutright (7), in uno studio condotto in 21 paesi nel periodo 1965-1988, hanno evidenziato che la spesa per l'assicurazione sociale, come proporzione del PIL, era inversamente correlata con il numero degli omicidi nei bambini fino a 14 anni di età.

Condizionamenti culturali

La cultura, che si riflette nelle norme e nei valori che si tramandano nella società, aiuta a definire il modo in cui le persone rispondono a un ambiente che si modifica. I fattori culturali possono condizionare il livello di violenza di una società – ad esempio, sostenendo la violenza come un normale metodo per risolvere i conflitti e insegnando ai giovani ad adottare norme e valori che avallano un comportamento violento.

Un potente strumento di diffusione di immagini, norme e atteggiamenti violenti sono i media. L'esposizione di bambini e giovani alle diverse forme dei media è cresciuta in modo preoccupante negli ultimi anni. Nuovi generi mediatici – videogiochi, videocassette e internet – hanno moltiplicato le opportunità di esposizione dei giovani alla violenza. Diversi studi hanno mostrato che l'introduzione della televisione nei paesi si accompagna all'aumento dei livelli di violenza (127-131), anche se questi studi solitamente non considerano altri fattori che potrebbero contemporaneamente avere influenzato tali livelli (3). La prevalenza delle prove raccolte fino a oggi indica come l'esposizione alla violenza mostrata in televisione aumenti la probabilità di un comportamento aggressivo immediato e, a più lungo termine, abbia un effetto non ancora studiato sulla violenza grave (3) (Box 2.2). Non esistono riscontri sufficienti sull'impatto di alcune delle più recenti forme di media.

Sembra che le culture che non dispongono di alternative non violente per risolvere i conflitti presentino tassi più elevati di violenza giovanile. Nel loro studio sulle bande di Medellin, in Colombia, Bedoya Martín e Jaramillo Martínez (136) descrivono il modo in cui i giovani con un reddito limitato sono condizionati dalla cultura della violenza, nella società in generale e nella loro comunità specifica. Sugeriscono come una tale cultura venga alimentata a livello di comunità attraverso una progressiva accettazione del "denaro facile" (soprattutto legato al traffico di droga) e di qualsiasi strumento sia necessario per ottenerlo, compresa la corruzione all'interno della polizia, del sistema giudiziario, del sistema militare e dell'amministrazione locale.

Anche le influenze culturali che superano i confini nazionali sono state collegate ad aumenti della violenza giovanile. In un'inchiesta sulle bande giovanili nell'America latina e nei Caraibi, Rodgers (106) ha evidenziato come siano nate bande violente, che si rifanno all'esempio di quelle di Los Angeles, Stati Uniti, nelle città messicane del nord e del sud-ovest, in cui è più elevata l'immigrazione dagli Stati Uniti. Un processo simile è stato osservato a El Salvador, che ha vissuto dal 1992 una pesante immigrazione di individui di nazionalità salvadoregna provenienti dagli Stati Uniti, dove erano stati membri di bande.

Cosa si può fare per prevenire la violenza giovanile?

Nell'elaborazione dei programmi nazionali per prevenire la violenza giovanile, è importante tenere in considerazione non solo i fattori cognitivi, sociali e comportamentali a livello individuale, ma anche i sistemi sociali che determinano tali fattori.

Le Tabelle 2.3 e 2.4 illustrano esempi di strategie di prevenzione della violenza giovanile, collegando i sistemi ecologici attraverso i quali la violenza può essere prevenuta a quelle fasi dello sviluppo – dall'infanzia ai primi anni dell'età adulta – in cui è probabile che emerga un comportamento violento o i rischi a esso collegati. Le strategie di prevenzione illustrate in queste tabelle non sono esaustive né rappresentano necessariamente quelle che si sono dimostrate efficaci. Alcune, infatti, si sono rivelate inefficaci. Piuttosto, con questi schemi si intende illustrare l'ampio spettro delle possibili soluzioni al problema della violenza giovanile e sottolineare il bisogno di una molteplicità di strategie diverse per i diversi stadi dello sviluppo.

Approcci individuali

Gli interventi più comuni nei confronti della violenza giovanile mirano ad aumentare il livello dei fattori di protezione associati alle abilità, agli atteggiamenti e alle convinzioni individuali.

Una strategia di prevenzione della violenza appropriata per la prima infanzia – sebbene non venga solitamente pensata come tale – è l'adozione di programmi di arricchimento prescolastico. Questi programmi introducono subito i bambini piccoli alle abilità necessarie per il

Box 2.2 L'impatto dei media sulla violenza giovanile

I bambini e i giovani sono importanti fruitori di mass media, compresi gli spettacoli di intrattenimento e la pubblicità. Studi condotti negli Stati Uniti hanno osservato che l'abitudine di guardare la televisione spesso si instaura già all'età di 2 anni, e che mediamente un giovane tra 8 e 18 anni di età assiste ogni anno a circa 10.000 atti di violenza alla televisione. Tali modalità di esposizione ai media non sono necessariamente evidenti in altre parti del mondo, soprattutto dove esiste minore facilità di accesso a televisione e film. Tuttavia, non vi sono molti dubbi sul fatto che l'esposizione di bambini e giovani ai mass media sia notevole e in aumento dappertutto. È pertanto fondamentale analizzare l'esposizione ai media come possibile fattore di rischio per la violenza interpersonale che coinvolge i giovani.

I ricercatori stanno esaminando l'impatto dei media sul comportamento aggressivo e violento da più di 40 anni. Diverse meta-analisi di studi relativi a questo argomento hanno globalmente concluso che la violenza nei media ha una correlazione positiva con l'aggressione nei confronti degli altri. Comunque, mancano prove che possano confermare i suoi effetti su manifestazioni gravi di violenza (quali aggressione e omicidio).

Una meta-analisi condotta nel 1991 su 28 studi di bambini e adolescenti esposti alla violenza dei media e osservati in interazione sociale libera ha concluso che tale esposizione aveva aumentato il comportamento aggressivo nei confronti di amici, compagni di scuola ed estranei (132). Un'altra meta-analisi, condotta nel 1994, ha esaminato 217 studi pubblicati tra il 1957 e il 1990 relativi all'impatto della violenza nei media sul comportamento aggressivo, in cui l'85% del campione aveva un'età compresa tra 6 e 21 anni. Gli autori sono giunti alla conclusione che esiste una correlazione positiva significativa tra l'esposizione alla violenza nei media e il comportamento aggressivo, a prescindere dall'età (133).

Molti degli studi considerati da queste analisi erano costituiti da esperimenti randomizzati (in laboratorio e sul campo) o indagini trasversali. I risultati degli studi sperimentali hanno mostrato che un'esposizione limitata alla violenza in televisione o nei film, soprattutto le presentazioni drammatizzate della violenza, produce incrementi a breve termine del comportamento aggressivo. Inoltre, gli effetti sembrano più evidenti nei bambini e nei giovani con tendenze aggressive e tra chi è stato colpito o provocato. Questi risultati, comunque, non necessariamente si applicano alle situazioni di vita reale. Queste ultime, infatti, spesso presentano condizionamenti che non possono essere "controllati" come negli esperimenti – condizionamenti che potrebbero attenuare un comportamento violento e aggressivo.

I risultati degli studi trasversali mostrano inoltre una correlazione positiva tra la violenza nei media e diverse misure dell'aggressività – ad esempio attitudini e valori, comportamenti ed emozioni quali rabbia. Tuttavia, gli effetti della violenza nei media sulle forme più gravi di comportamento violento (quali aggressione e omicidio) sono nel migliore dei casi piuttosto limitati ($r=0.06$) (133). Inoltre, diversamente a ciò che accade negli studi sperimentali e longitudinali, in cui la causalità può essere più facilmente determinata, non è possibile negli studi trasversali giungere alla conclusione che l'esposizione alla violenza nei media causi un comportamento aggressivo e violento.

Alcuni studi longitudinali hanno esaminato il legame tra televisione e aggressione interpersonale alcuni anni dopo. Uno studio longitudinale su bambini di età compresa tra 7 e 9 anni condotto in Australia, Finlandia, Israele, Polonia e Stati Uniti ha prodotto risultati non coerenti (134) e uno studio condotto nel 1992 nei Paesi Bassi su bambini della stessa età non è riuscito a dimostrare alcun effetto sul comportamento aggressivo (135). Altri studi condotti negli Stati Uniti che hanno seguito bambini per un periodo più prolungato (10-15 anni), tuttavia, hanno evidenziato una correlazione positiva tra l'esposizione alla televisione nell'infanzia e un comportamento aggressivo più avanti nell'età adulta (3).

(segue)

Studi che hanno esaminato la relazione tra tassi di omicidio e l'introduzione della televisione (soprattutto osservando i tassi di omicidio nei diversi paesi prima e dopo l'introduzione della televisione) hanno riscontrato anche una correlazione positiva tra i due fatti (127-131). Tali studi, comunque, non sono riusciti a controllare le variabili fuorvianti, quali le differenze economiche, i mutamenti sociali e politici e una varietà di altri potenziali condizionamenti sui tassi di omicidio. I risultati scientifici dell'associazione tra violenza nei media e violenza giovanile sono decisivi in relazione agli aumenti dell'aggressività a breve termine. Non sono, invece, indicativi per quanto riguarda gli effetti a lungo termine e le manifestazioni più gravi di comportamento violento, e suggeriscono la necessità di ulteriori approfondimenti. Oltre a esaminare fino a che punto la violenza nei media sia una causa diretta di grave violenza fisica, è necessario studiare ulteriormente l'influsso dei media sulle relazioni interpersonali e sui tratti individuali quali ostilità, insensibilità, indifferenza, mancanza di rispetto e incapacità di identificazione con i sentimenti degli altri.

successo scolastico e quindi aumentano la probabilità di un futuro successo accademico. Tali programmi possono potenziare il legame tra il bambino e la scuola e aumentare i risultati e l'autostima (137). Studi di follow-up a lungo termine condotti su prototipi di tali programmi hanno evidenziato benefici positivi per i bambini, tra cui un minore coinvolgimento in comportamenti violenti e criminali in genere (138-140).

I programmi di sviluppo sociale volti a ridurre il comportamento antisociale e aggressivo nei bambini e la violenza tra gli adolescenti adottano un'ampia gamma di strategie. Tra essi solitamente sono inclusi il miglioramento delle competenze e delle abilità sociali con i pari e in generale la promozione di un comportamento che sia positivo, amichevole e cooperativo (141). Tali programmi possono essere destinati a tutti o riservati a gruppi ad alto rischio, e sono solitamente realizzati in contesti scolastici (142, 143). Normalmente, mettono a fuoco uno o alcuni dei seguenti aspetti (143):

- gestione della rabbia;
- modifica del comportamento;
- adozione di una prospettiva sociale;
- sviluppo morale;
- formazione delle abilità sociali;
- risoluzione dei problemi sociali;
- risoluzione dei conflitti.

L'efficacia di questi programmi di sviluppo sociale nella riduzione della violenza giovanile e nel miglioramento delle abilità sociali è ben documentata (144-146). I programmi che prestano particolare attenzione alle abilità sociali e di competenza sembrano essere i più efficaci tra le strategie di prevenzione della violenza giovanile (3). Sembra inoltre che diano risultati migliori quando vengono indirizzati a bambini nella scuola materna e nella scuola elementare piuttosto che a studenti della scuola secondaria.

Un esempio di programma di sviluppo sociale che si avvale di tecniche comportamentali all'interno della classe è rappresentato da un programma per la prevenzione del bullismo introdotto nelle scuole elementari e nel primo ciclo delle scuole secondarie a Bergen, in Norvegia. Gli atti di bullismo si sono ridotti della metà nei primi due anni di utilizzo di questo tipo di intervento (147). Il programma è stato ripreso in Inghilterra, Germania e Stati Uniti con risultati simili (3).

Tabella 2.3 Strategie di prevenzione della violenza in base allo stadio di sviluppo (dalla prima infanzia alla fanciullezza) e contesto ecologico

Contesto ecologico	Stadio di sviluppo		
	Prima infanzia (0-3 anni)	Prima fanciullezza (3-5 anni)	Media fanciullezza (6-11 anni)
Individuale	• Evitare gravidanze indesiderate • Migliorare l'accesso all'assistenza pre- e postnatale	• Programmi di sviluppo sociale^(a) • Programmi di arricchimento prescolastico^(a)	• Programmi di sviluppo sociale^(a) • Programmi che forniscano informazioni sull'uso di droghe^(b)
Relazione (ad es. famiglia, pari)	• Visite domiciliari^(a) • Formazione al ruolo di genitore^(a)	• Formazione al ruolo di genitore^(a)	• Programmi di mentoring • Programmi di collaborazione casa-scuola che promuovano il coinvolgimento dei genitori
Comunità	• Monitorare i livelli di piombo e rimuovere le tossine dalle abitazioni • Migliorare la disponibilità e la qualità delle strutture di accoglienza per i bambini in età prescolare	• Monitorare i livelli di piombo e rimuovere le tossine dalle abitazioni	• Migliorare la disponibilità e la qualità dei programmi di arricchimento prescolastico • Creare percorsi sicuri per i bambini nel tragitto verso la scuola o le altre attività • Migliorare l'ambiente scolastico, comprese la preparazione degli insegnanti, le politiche scolastiche e la sicurezza • Offrire attività in orario extrascolastico per ampliare la supervisione degli adulti • Attività extrascolastiche
Sociale	• Deconcentrare la povertà • Ridurre le disparità di reddito	• Deconcentrare la povertà • Ridurre le disparità di reddito • Ridurre la violenza nei media • Campagne di informazione al pubblico	• Deconcentrare la povertà • Ridurre le disparità di reddito • Ridurre la violenza nei media • Campagne di informazione al pubblico • Riforma dei sistemi scolastici

a. Si è dimostrato efficace per ridurre la violenza giovanile o i fattori di rischio a essa collegati.

b. Si è dimostrato inefficace per ridurre la violenza giovanile o i fattori di rischio a essa collegati.

Tabella 2.4 Strategie di prevenzione della violenza in base allo stadio di sviluppo (adolescenza ed età adulta) e contesto ecologico

Contesto ecologico	Stadio di sviluppo	
	Adolescenza (12-19 anni)	Età adulta (20-29 anni)
Individuale	• Programmi di sviluppo sociale^(a) • Incentivi per il completamento del percorso scolastico secondario a giovani ad alto rischio di violenza^(a) • Counselling individuale^(b) • Programmi di cauzione o “sulla parola” che comprendono incontri con carcerati che illustrano la brutalità della vita in carcere^(b) • Programmi residenziali negli istituti psichiatrici o di correzione^(b) • Programmi che forniscono informazioni sull'abuso di droghe^(b) • Programmi di arricchimento accademico • Training per un uso sicuro delle armi^(b) • Programmi strutturati come training militare di base^(b) • Processare i giovani nei tribunali per adulti^(b)	• Fornire incentivi per frequentare corsi di istruzione superiore • Training vocazionale
Relazioni (ad es., famiglia, pari)	• Programmi di mentoring^(a) • Mediazione o counselling tra pari^(b) • Programmi di assistenza temporanea per delinquenti gravi e cronici • Terapia familiare^(a)	• Programmi per rinforzare i legami con famiglia e lavoro e ridurre il coinvolgimento in un comportamento violento
Comunità	• Creare percorsi sicuri per i giovani nel tragitto verso la scuola o altre attività • Migliorare l'ambiente scolastico, comprese la preparazione degli insegnanti, le politiche scolastiche e la sicurezza • Attività extrascolastiche • Programmi di prevenzione contro le bande^(b) • Training per operatori sanitari al fine di individuare e inviare a consulenza i giovani ad alto rischio di violenza • Polizia di comunità • Ridurre la disponibilità di alcool • Migliorare la risposta in situazioni di emergenza, l'assistenza per i traumi e l'accesso ai servizi sanitari • Riacquisto delle armi^(b)	• Istituire programmi ricreativi per adulti • Polizia di comunità • Ridurre la disponibilità di alcool • Migliorare la risposta in emergenza, l'assistenza per i traumi e l'accesso ai servizi sanitari • Riacquisto delle armi^(b)
Sociale	• Deconcentrare la povertà • Ridurre le disparità di reddito • Campagne di informazione al pubblico • Ridurre la violenza nei media • Applicare leggi che proibiscano il trasferimento illegale di armi ai giovani • Promuovere modalità di conservazione sicura delle armi da fuoco • Potenziare e migliorare il sistema di polizia e quello giudiziario • Riformare i sistemi scolastici	• Deconcentrare la povertà • Ridurre le disparità di reddito • Istituire programmi per la creazione di posti di lavoro per i disoccupati cronici • Campagne di informazione al pubblico • Promuovere modalità di conservazione sicura delle armi da fuoco • Potenziare e migliorare il sistema di polizia e quello giudiziario

a. Si è dimostrato efficace per ridurre la violenza giovanile o i fattori di rischio a essa collegati.

b. Si è dimostrato inefficace per ridurre la violenza giovanile o i fattori di rischio a essa collegati.

Altri interventi mirati ai singoli individui che si possono rivelare efficaci comprendono quelli elencati qui di seguito, anche se sono necessarie ulteriori evidenze per confermare il loro effetto sul comportamento violento e aggressivo (137, 148):

- programmi per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, al fine di ridurre i maltrattamenti sui bambini e il rischio di successivi comportamenti violenti;
- per ragioni simili, programmi che migliorino l'accesso all'assistenza prenatale e postnatale;
- programmi di approfondimento accademico;
- incentivi per i giovani particolarmente a rischio di violenza per indurli a completare la scuola secondaria e a impegnarsi in corsi di istruzione superiore;
- formazione professionale per giovani e giovani adulti svantaggiati.

I programmi che non sembrano efficaci per la riduzione della violenza tra i giovani comprendono (3):

- counselling individuale;
- addestramento per un utilizzo sicuro delle armi;
- programmi di libertà vigilata e “sulla parola” che comprendono incontri con carcerati che descrivono la brutalità della vita in carcere;
- processi ai giovani delinquenti nei tribunali degli adulti;
- programmi residenziali da effettuare in strutture psichiatriche o in istituti di correzione;
- programmi che forniscono informazioni sull'utilizzo di droghe.

I programmi per i giovani delinquenti strutturati come un addestramento militare di base (“boot camps”) sono stati collegati, in alcuni studi, a un aumento del rischio di ripetizione del crimine (3).

Approcci relazionali

Un altro abituale gruppo di strategie di prevenzione si occupa della violenza giovanile cercando di influenzare il tipo di relazione che i giovani hanno con le persone con cui interagiscono regolarmente. Tali programmi si occupano di problemi quali la mancanza di relazioni affettive tra genitori e bambini, le forti pressioni esercitate dai pari per scatenare la violenza, e l'assenza di una forte relazione con un adulto che funga da riferimento.

Visite domiciliari

Un tipo di approccio di prevenzione basato sulla famiglia è la visita domiciliare. Si tratta di un intervento che viene condotto durante la prima infanzia (0-3 anni): consiste in visite regolari da parte di un'infermiera o di un altro operatore sanitario a casa del bambino. Questo tipo di programma viene effettuato in diverse parti del mondo, compresi Australia, Canada, Cina (regione amministrativa speciale di Hong Kong, SAR), Danimarca, Estonia, Israele, Sudafrica, Thailandia e Stati Uniti. L'obiettivo consiste nell'offrire formazione, sostegno, counselling, monitoraggio e consulenze presso agenzie esterne a madri con basso reddito, a famiglie in attesa del primo figlio o che l'hanno appena avuto, a famiglie con aumentato rischio di abuso nei confronti dei bambini o con altri problemi di salute (137, 146). È stato osservato che i programmi di visite domiciliari presentano effetti significativi a lungo termine nella riduzione della violenza e della delinquenza (138, 149-152). La dimensione dei benefici che derivano dal ricorso a tali programmi (3) è direttamente proporzionale alla precocità del loro inizio nel corso della vita del bambino, e alla loro durata.

Formazione al ruolo di genitori

I programmi di formazione al ruolo di genitore hanno lo scopo di migliorare le relazioni familiari e le tecniche di educazione dei figli riducendo quindi la violenza giovanile. Gli obiettivi consistono nel migliorare i legami affettivi tra genitori e figli, incoraggiare i genitori ad adottare metodi coerenti nell'educazione dei propri figli e aiutarli ad aumentare il proprio auto-controllo nella relazione con essi (146).

Un esempio di programma globale di formazione alla genitorialità è costituito dal *Triple-P-Positive Parenting Programme* utilizzato in Australia (153). Tale programma comprende una campagna focalizzata sulla popolazione attraverso i media per raggiungere tutti i genitori, e una componente di assistenza sanitaria che ricorre a consulenze con i medici dell'assistenza primaria per migliorare le competenze educative dei genitori. Vengono offerti inoltre interventi intensivi a genitori e famiglie con bambini che presentano il rischio di gravi problemi comportamentali. Il programma – o alcuni suoi elementi – è stato o è attualmente utilizzato in Cina (Hong Kong SAR), Germania, Nuova Zelanda, Singapore e Regno Unito (154). Diversi studi di valutazione hanno confermato il successo della formazione per il ruolo di genitori ed esistono prove di un effetto a lungo termine per la riduzione del comportamento antisociale (155-158). In uno studio sul rapporto costo-efficacia degli interventi precoci per prevenire gravi forme di criminalità condotto in California, Stati Uniti, si è osservato come la formazione per i genitori di bambini che manifestavano un comportamento aggressivo abbia evitato 157 crimini gravi (come omicidio, stupro, incendio doloso e rapina) per ogni milione di dollari USA speso (159). In effetti, si è osservato che migliorare la capacità genitoriale ha un rapporto costo-efficacia tre volte migliore della cosiddetta legge californiana dei “tre colpi” – una legge in base alla quale vengono emesse dure sentenze in caso di reiterazione del crimine.

Programmi di mentoring

Si ritiene che un'affettuosa relazione di sostegno con un adulto che funga da modello di ruolo positivo rappresenti un fattore di protezione contro la violenza giovanile (3, 146). I programmi di mentoring che si basano su questa teoria abbinano un individuo giovane – in particolare chi presenta un elevato rischio di comportamento antisociale o cresce in una famiglia monoparentale – con un adulto che se ne occupa, un mentore, esterno alla famiglia (160). Mentori possono essere compagni di scuola più anziani, insegnanti, consulenti, ufficiali di polizia o altri membri della comunità. Gli obiettivi di tali programmi consistono nell'aiutare i giovani a sviluppare abilità e nell'offrire una relazione stabile con qualcuno che sia per loro modello di ruolo e guida (143). Sebbene non sia oggetto di valutazione così approfondita come accade per altre strategie di riduzione della violenza, è provato che una relazione positiva di mentoring può migliorare in modo significativo la frequenza scolastica e i relativi risultati, diminuire la probabilità del ricorso a stupefacenti, migliorare la relazione con i genitori e ridurre forme autoriferite di comportamento antisociale (161).

Approccio terapeutico e altri approcci

In ambito familiare sono stati utilizzati anche approcci terapeutici per prevenire la violenza giovanile. Tale intervento ha diverse forme, ma gli obiettivi condivisi consistono nel migliorare la comunicazione e l'interazione tra genitori e figli e nel risolvere i problemi che sorgono (143). Alcuni programmi inoltre cercano di aiutare le famiglie a gestire i fattori ambientali che contribuiscono al comportamento antisociale e a utilizzare al meglio le risorse della comunità. I

programmi di terapia familiare sono spesso costosi, ma esistono fondate evidenze della loro efficacia per migliorare il funzionamento familiare e per ridurre i problemi comportamentali nei bambini (162-164). La terapia familiare funzionale (165) e la terapia multisistemica (166) sono due approcci particolari utilizzati negli Stati Uniti che hanno prodotto effetti positivi e a lungo termine per ridurre di comportamento violento e criminale di giovani delinquenti a costi inferiori rispetto ad altri programmi di trattamento (3).

Altri interventi mirati alle relazioni giovanili che possono essere efficaci comprendono (3):

- programmi di collaborazione casa-scuola per promuovere il coinvolgimento dei genitori;
- educazione di compensazione, ad esempio tutoring da parte di un adulto.

Programmi mirati alle relazioni tra giovani che non sembrano essere efficaci per la riduzione della violenza nei giovani comprendono (137):

- mediazione tra pari – il coinvolgimento di studenti per aiutare altri studenti a risolvere i conflitti;
- counselling tra pari;
- re-indirizzare il comportamento giovanile e modificare le norme che regolano il gruppo di pari – entrambi questi approcci cercano di indirizzare i giovani ad alto rischio di violenza verso attività convenzionali, ma è stato osservato che presentano effetti negativi sugli atteggiamenti, i risultati e il comportamento (3).

L'impegno a livello di comunità

Gli interventi che riguardano i fattori relativi alla comunità sono quelli che cercano di modificare gli ambienti in cui i giovani interagiscono tra loro. Un esempio molto semplice è rappresentato dal miglioramento dell'illuminazione stradale nei luoghi in cui una scarsa illuminazione può aumentare il rischio di aggressioni violente. Purtroppo, esistono meno informazioni sull'efficacia delle strategie contro la violenza giovanile a livello di comunità rispetto a quelle che si occupano dei fattori individuali o delle relazioni che i giovani hanno con gli altri.

Polizia di comunità

Un'attività di polizia di comunità o orientata ai problemi è diventata un'importante strategia di applicazione della legge nell'ambito della violenza giovanile e di altri problemi criminali in diverse parti del mondo (167). Può avere diverse forme, ma gli ingredienti di base sono la creazione di relazioni a livello di comunità e la risoluzione dei problemi della comunità stessa (168). In alcuni programmi, ad esempio, la polizia collabora con i professionisti che operano nell'ambito della salute mentale per individuare e rinviare a una consulenza i giovani che sono stati testimoni di un atto di violenza, ne sono stati vittime o responsabili (169). Questo tipo di programma si basa sul fatto che la polizia intrattiene rapporti quotidiani con i giovani vittime o responsabili di violenza. Il programma li sostiene con un training specifico e li mette in contatto – in un momento iniziale della crescita dei giovani – con gli operatori di salute mentale adeguati (168). L'efficacia di questo tipo di programma non è ancora stata determinata, anche se sembra essere un approccio utile.

Programmi che si basano sulla polizia di comunità sono stati realizzati con un certo successo a Rio de Janeiro, in Brasile e a San Josè, in Costa Rica (170, 171). In quest'ultimo caso, una valutazione del programma ha osservato come esso si associ a una diminuzione del crimine e dell'insicurezza personale percepita (171). È necessario che tali programmi vengano valutati con maggiore rigore, ma comunque essi offrono ai residenti locali maggiore protezione e compensazione per la mancanza di regolari servizi di polizia (170).

Disponibilità di alcool

Un'altra strategia contro il crimine e la violenza a livello di comunità consiste nel ridurre la disponibilità di alcool. Come già accennato, l'alcool costituisce un importante fattore situazionale che può accelerare il ricorso alla violenza. L'effetto della riduzione della sua disponibilità sui tassi di delinquenza è stato esaminato in uno studio longitudinale durato quattro anni condotto in una piccola regione di provincia della Nuova Zelanda (172). Sono stati confrontati i tassi relativi a gravi atti di criminalità (omicidio e stupro) e ad altri reati (legati alla proprietà e al traffico) in due città campione e quattro città controllo per tutto il periodo dello studio. Se da un lato entrambi i tipi di reato si sono ridotti nelle città campione e sono aumentati seguendo l'andamento nazionale nelle città controllo, i tassi relativi ai crimini gravi si sono ridotti in modo significativo per due anni nelle aree in cui era diminuita la disponibilità di alcool. Non è chiaro, tuttavia, fino a che punto l'intervento abbia condizionato il comportamento violento tra i giovani o se tale approccio possa essere valido anche in altre contesti.

Attività extrascolastiche

Le attività extrascolastiche, quali sport e attività ricreative, arte, musica, teatro e scrittura, possono fornire agli adolescenti opportunità di partecipare e farsi notare in attività di gruppo costruttive (3). In molte comunità, tuttavia, queste attività mancano o non esistono luoghi per praticarle in cui i bambini possano recarsi senza pericoli dopo le ore dedicate alla scuola (173). I programmi di doposcuola offrono queste strutture a bambini e giovani. A livello ideale questi programmi dovrebbero essere (174):

- completi, riguardare cioè tutta la molteplicità dei fattori di rischio per la violenza giovanile e la delinquenza;
- adatti al grado di sviluppo;
- di lunga durata.

Essor, a Maputo nel Mozambico (175), rappresenta un esempio di programma comunitario elaborato per trattare la delinquenza giovanile in due quartieri a basso reddito. Il programma, che si rivolge agli adolescenti di età compresa tra 13 e 18 anni, offre sport e attività ricreative per promuovere l'espressione personale e la creazione di un gruppo. Il personale coinvolto nel programma mantiene i contatti con i giovani grazie a visite a domicilio regolari. Una valutazione del programma ha evidenziato importanti miglioramenti nel comportamento costruttivo e nella comunicazione con i genitori su un periodo di 18 mesi, nonché una significativa riduzione dei comportamenti antisociali.

Porre fine alla violenza delle bande

I programmi a livello di comunità per prevenire la violenza delle bande sono di generi diversi. Le strategie di prevenzione hanno incluso tentativi di sopprimere le bande o di organizzare le comunità coinvolte nella violenza tra bande in modo che le bande di giovani si comportino diversamente e si dedichino ad attività meno criminali (106). Le strategie di riabilitazione o di correzione includono programmi di outreach (interventi esterni che affrontano il disagio dove si verifica, Ndt) e di counselling per i membri delle bande, così come programmi che cercano di incanalare le attività della banda in direzioni socialmente produttive (106). Non esistono molte evidenze dell'efficacia dei programmi per reprimere le bande, organizzare la comunità o fornire servizi di outreach o counselling. In Nicaragua, tentativi ad ampio spettro condotti dalla polizia nel 1997 per reprimere l'attività delle bande hanno avuto un successo solo tempo-

ranee ed è possibile che alla fine abbiano anche peggiorato il problema (176). Tentativi di organizzazione di comunità condotti negli Stati Uniti, a Boston e Chicago, non hanno avuto successo neanche nella riduzione della violenza delle bande, probabilmente perché l'integrazione e la coesione delle comunità coinvolte non erano sufficienti a sostenere un impegno organizzato (177). I programmi di outreach e counselling hanno presentato l'indesiderata e inattesa conseguenza di aumentare la coesione delle bande (178). A Medellin, in Colombia, sono stati utilizzati con successo programmi che hanno incoraggiato i membri delle bande a impegnarsi nella politica locale e nei progetti di sviluppo sociale (179), mentre in Nicaragua e negli Stati Uniti tali programmi di "opportunità" hanno incontrato scarso successo (106).

Altre strategie

Altri interventi a livello di comunità che potrebbero essere efficaci comprendono (148, 180):

- Monitorare il livello del piombo ed eliminare le tossine dagli ambienti domestici, al fine di ridurre il rischio di danno cerebrale nei bambini, che può condurre indirettamente alla violenza giovanile.
- Aumentare la disponibilità e la qualità delle strutture di assistenza prescolare per i bambini e dei programmi di arricchimento prescolastici per promuovere un ambiente sano e facilitare il successo scolastico.
- Cercare di migliorare gli ambienti scolastici, anche modificando i metodi di insegnamento, nonché le politiche e le regole della scuola, e aumentando la sicurezza (ad esempio installando metal detector o videocamere di controllo).
- Creare percorsi sicuri per i bambini sul percorso di andata e ritorno da scuola o dai luoghi dove svolgono le loro attività.

I sistemi sanitari possono fornire un importante contributo sia nella risposta sia nella prevenzione della violenza giovanile:

- migliorando la risposta e la performance dei servizi di pronto soccorso;
- migliorando l'accesso ai servizi sanitari;
- formando operatori sanitari in grado di individuare e indirizzare correttamente i giovani ad alto rischio.

Un tipo di programma che sembra essere inefficace per ridurre la violenza giovanile è l'offerta di denaro come ricompensa per consegnare le armi alla polizia o ad altri organi della comunità – in quello che viene chiamato "programma di riacquisto delle armi". Esistono prove del fatto che le armi riconsegnate alla polizia non siano dello stesso tipo di quelle utilizzate negli omicidi tra i giovani (3).

Approcci a livello di società

La strategia utilizzata meno frequentemente per prevenire la violenza giovanile consiste nel modificare l'ambiente sociale e culturale al fine di ridurre la violenza. Tale approccio cerca di ridurre le barriere economiche o sociali allo sviluppo – ad esempio creando programmi di lavoro o potenziando il sistema giudiziario penale – o di modificare le norme e i valori culturali radicati che favoriscono la violenza.

Affrontare la povertà

Le politiche che riducono la concentrazione della povertà nelle aree urbane possono essere effi-

caci per combattere la violenza giovanile, come dimostrato in un esperimento su alloggi e mobilità, *Moving to opportunity*, condotto nel Maryland, Stati Uniti (181). In uno studio sull'impatto di questo programma, le famiglie residenti in quartieri molto poveri della città di Baltimora furono divise in tre gruppi:

- famiglie che avevano ricevuto sussidi, counselling e altri servizi di assistenza specifici per trasferirsi in comunità con livelli di povertà più contenuti;
- famiglie che avevano ricevuto solo sussidi, ma senza vincoli relativi al luogo in cui trasferirsi;
- famiglie che non avevano ricevuto alcun tipo di assistenza specifica.

Lo studio ha osservato che offrire alle famiglie la possibilità di trasferirsi in quartieri con livelli di povertà più contenuti aveva ridotto in modo sostanziale il comportamento violento degli adolescenti (181). È comunque necessario approfondire la conoscenza dei meccanismi attraverso i quali il quartiere e il gruppo dei pari condizionano la violenza giovanile, per comprendere appieno le implicazioni di questi risultati.

Occuparsi di violenza armata tra i giovani

Modificare l'ambiente sociale per tenere le armi e altri strumenti letali fuori dalla portata dei bambini e dei giovani quando non sono sottoposti a supervisione può costituire una strategia percorribile per ridurre il numero dei decessi dovuti alla violenza giovanile. I giovani e chi non dovrebbe utilizzare le armi riescono a entrarne inevitabilmente in possesso. Alcuni le utilizzano intenzionalmente per fare del male, mentre ad altri – sotto l'effetto di alcool o droghe – manca l'attenzione e il senso di responsabilità che dovrebbe accompagnare il possesso di armi da fuoco.

In molti paesi, i mezzi con cui i giovani possono ottenere armi sono già illegali. In questi contesti, una più rigida applicazione della legge che controlla il trasferimento illegale delle armi potrebbe determinare un effetto importante nella riduzione della violenza legata alle armi da fuoco tra gli adolescenti (182). Si sa molto poco, comunque, dell'efficacia di un simile approccio.

Un altro approccio al problema del possesso di armi da parte dei giovani consiste nella creazione e nell'applicazione di leggi specifiche sulla custodia delle armi. Ciò potrebbe ridurre le possibilità di accesso non appropriato alle armi, in modo diretto rendendo più difficile per i giovani sottrarre le armi da casa, e indiretto riducendo la possibilità di furto. Quest'ultimo rappresenta la fonte più importante di approvvigionamento di armi per il mercato illegale; il furto e la rapina sono la principale (anche se non sempre la più recente) fonte di approvvigionamento di armi per i giovani (182, 183). Una strategia a lungo termine per ridurre l'accesso non autorizzato alle armi da parte di bambini e adolescenti potrebbe consistere nella creazione di armi "intelligenti" che non funzionano se vengono utilizzate da persona diversa dal legittimo proprietario (184). Tali armi potrebbero essere in grado di riconoscere l'impronta del palmo del proprietario o aver bisogno della vicinanza di una fondina o di un anello specifico per funzionare.

Sono stati presi in considerazione anche altri interventi per controllare l'utilizzo non appropriato delle armi. Nel 1977, era stata emanata nello stato di Washington DC, Stati Uniti, una legge restrittiva sulle licenze che proibiva la proprietà di armi a chiunque, eccetto i membri della polizia. A seguito di questa legge, l'incidenza degli omicidi e dei suicidi collegati all'uso di armi da fuoco si ridusse del 25% (185). Non si sa nulla, comunque, dell'impatto di questa

legge sulla riduzione della violenza legata alle armi per quanto riguarda i giovani. A Cali e Bogotá, in Colombia, negli anni novanta, venne proibito di portare armi nei periodi che, in base a esperienze precedenti, presentavano un tasso di omicidi più elevato (186). Questi periodi comprendevano i fine settimana dopo la paga, quelli legati alle vacanze e i giorni in cui si tenevano le elezioni. Una valutazione ha riscontrato che nei periodi in cui il divieto era in vigore l'incidenza di omicidio diminuiva (186). Gli autori dello studio suggerirono che il temporaneo divieto su scala cittadina di portare con sé armi poteva essere utile per la prevenzione degli omicidi, soprattutto in regioni del mondo che presentavano elevati tassi di omicidio.

Altri approcci

Altre strategie legate ai fattori socioeconomici e culturali che potrebbero rivelarsi efficaci per la prevenzione della violenza giovanile, ma che non sono stati ancora valutate, comprendono (148, 170):

- campagne di informazione per modificare le norme sociali e promuovere un comportamento sociale positivo;
- campagne per ridurre la violenza nei media;
- programmi per ridurre le disparità di reddito;
- attività e politiche volte a mitigare gli effetti di un rapido mutamento sociale;
- sforzi per potenziare e migliorare il sistema di polizia e giudiziario;
- riforme istituzionali del sistema scolastico.

Come risulta evidente dall'analisi dei fattori di rischio e delle strategie di prevenzione, la violenza giovanile è dovuta a un'interazione complessa tra molteplici fattori, e gli sforzi volti a ridurre il problema in modo decisivo hanno bisogno di muoversi su diversi piani. Come è stato dimostrato dalle precedenti discussioni, esistono numerosi fattori – alcuni a livello individuale, altri nell'ambiente familiare e sociale – che aumentano la probabilità di aggressione e violenza nel corso dell'infanzia, dell'adolescenza e nei primi anni dell'età adulta. A livello ideale, i programmi dovrebbero avvicinare i giovani attraverso molteplici sistemi di condizionamento (individuo, famiglia, comunità e società) e offrire una serie di interventi e di attività che coprano tutte le fasi dello sviluppo. Tali programmi potrebbero occuparsi dei fattori di rischio concomitanti, quali scarsi risultati scolastici, gravidanza durante l'adolescenza, attività sessuale non protetta e uso di droghe, e quindi occuparsi dei bisogni dei giovani in diversi ambiti della loro vita.

Raccomandazioni

Le morti e le lesioni dovute alla violenza giovanile costituiscono un problema di salute pubblica importante in diverse parti del mondo. Le dimensioni del problema sono profondamente diverse tra i vari paesi e al loro interno, nonché tra le diverse regioni del mondo. Esiste un'ampia gamma di strategie utilizzabili per prevenire la violenza giovanile, alcune delle quali si sono dimostrate particolarmente efficaci. Nessuna strategia da sola, comunque, è in grado di ridurre in modo sufficiente il peso della violenza giovanile sulla salute. Piuttosto, è necessario ricorrere alla sinergia di diversi approcci da attuare contemporaneamente, con caratteristiche specifiche per il luogo particolare in cui verranno implementate. Ciò che si dimostra efficace in Danimarca, ad esempio, non lo sarà necessariamente anche in Colombia o in Sudafrica.

Negli ultimi due decenni, si sono approfondite le conoscenze sulla natura e sulle cause della violenza giovanile nonché sui metodi per prevenirla. Tali conoscenze, anche se si fondano

soprattutto sulle ricerche condotte nei paesi industrializzati, forniscono le basi su cui elaborare efficaci programmi di prevenzione. C'è, naturalmente, ancora molto da imparare. Le raccomandazioni che seguono, basate sullo stato attuale delle conoscenze, qualora vengano implementate potrebbero determinare una maggiore comprensione e una prevenzione più efficace della violenza giovanile.

Elaborare sistemi di raccolta dei dati

L'elaborazione di sistemi di dati per il monitoraggio di routine delle tendenze del comportamento violento, delle lesioni e delle morti dovrebbe rappresentare il fondamento dell'impegno di prevenzione. Tali dati forniranno importanti informazioni per la formulazione delle politiche e dei programmi per prevenire la violenza giovanile e per la loro valutazione. È necessario elaborare approcci semplici per l'osservazione di questo problema, che possano essere utilizzati in contesti culturali profondamente diversi. A questo proposito, i seguenti aspetti dovrebbero essere considerati prioritari:

- Si dovrebbero elaborare standard uniformi per definire e misurare la violenza giovanile, che vengano anche integrati nei sistemi di sorveglianza delle lesioni e della violenza. Tali standard dovrebbero comprendere categorie di età che riflettano in modo accurato il diverso grado di rischio che i giovani corrono di essere vittime o responsabili di atti di violenza.
- Si dovrebbe dare priorità all'elaborazione di sistemi di monitoraggio dei decessi dovuti a violenza nelle regioni in cui i dati relativi agli omicidi sono attualmente inadeguati o mancanti. Tali regioni comprendono Africa, Asia sud-orientale e il Mediterraneo orientale, nonché parti delle Americhe e del Pacifico occidentale, soprattutto le aree più povere di queste ultime due regioni.
- Contemporaneamente alla sorveglianza, si dovrebbero condurre studi specifici per fissare la proporzione dei casi mortali di lesioni legate a violenza rispetto a quelli non mortali, classificati in base alla modalità di aggressione, all'età e al sesso della vittima. Tali dati potrebbero quindi essere utilizzati per elaborare una stima delle dimensioni del problema nei casi in cui fosse disponibile un solo tipo di dati – quali ad esempio mortalità o morbidità.
- Tutti i paesi e le regioni dovrebbero essere incoraggiati a istituire dei centri in cui raccogliere e confrontare le informazioni di routine legate alla violenza fornite dai servizi sanitari (compresi i servizi di pronto soccorso), dalla polizia e da altre autorità. Ciò potrà rivelarsi di grande aiuto per formulare e realizzare programmi di prevenzione.

Sviluppare la ricerca scientifica

Le evidenze scientifiche delle caratteristiche e delle cause della violenza giovanile, sia qualitative che quantitative, sono essenziali per elaborare risposte razionali ed efficaci al problema. Se da un lato la comprensione del fenomeno della violenza è migliorata in modo significativo, restano comunque notevoli lacune che possono essere colmate con l'aiuto della ricerca nelle aree qui di seguito elencate:

- a livello interculturale, le cause, lo sviluppo e la prevenzione della violenza giovanile, al fine di spiegare le notevoli diversità del grado di violenza a livello mondiale;
- la validità e i relativi vantaggi del ricorso agli archivi pubblici, degli ospedali e alle indicazioni autoriferite per misurare la violenza giovanile;
- il confronto tra i giovani che hanno commesso crimini di violenza, i giovani che hanno commesso reati non legati a violenza e i giovani non coinvolti in comportamenti violenti o delinquenziali;

- determinare quali fattori di rischio presentano effetti diversi su persistenza, peggioramento, miglioramento e abbandono del comportamento violento a diverse età;
- individuare i fattori di protezione nei confronti della violenza;
- il coinvolgimento femminile nella violenza giovanile;
- a livello interculturale, i condizionamenti sociali e culturali che operano sulla violenza giovanile;
- studi longitudinali che misurino un'ampia gamma di fattori di rischio e protezione, per ampliare le conoscenze dei percorsi che conducono alla violenza;
- fornire una migliore comprensione del modo in cui i fattori sociali e macroeconomici potrebbero essere modificati in modo efficace per ridurre la violenza giovanile.

Oltre alle esigenze elencate sopra:

- È necessario elaborare stime del costo totale della violenza giovanile per la società, per valutare meglio il rapporto costo-efficacia dei programmi di prevenzione e trattamento.
- Sarebbe necessario creare degli organismi per organizzare, coordinare e finanziare la ricerca globale sulla violenza giovanile.

Elaborare strategie di prevenzione

Fino a oggi, la maggior parte delle risorse dedicate alla prevenzione è stata allocata in programmi non testati. Molti di questi programmi si basavano su ipotesi opinabili e sono stati condotti con scarsa coerenza o pochi controlli di qualità. Per riuscire a prevenire e controllare in modo efficace la violenza giovanile è necessario, innanzitutto, valutare in modo sistematico gli interventi. In particolare, è fondamentale approfondire la ricerca relativa ai seguenti aspetti dei programmi di prevenzione:

- studi longitudinali che valutino l'impatto a lungo termine degli interventi condotti nei primissimi anni di vita e nell'infanzia;
- valutazione dell'impatto degli interventi sui fattori sociali associati alla violenza giovanile, quali le disparità di reddito e la concentrazione della povertà;
- studi sul rapporto costo-efficacia dei programmi e delle politiche di prevenzione.

È necessario creare degli standard coerenti per gli studi di valutazione che misurino l'efficacia dei programmi e delle politiche che si occupano di violenza giovanile. Tali standard devono comprendere:

- l'applicazione di un disegno sperimentale;
- l'evidenza di una riduzione significativa a livello statistico dell'incidenza del comportamento violento o delle lesioni legate a violenza;
- la riproduzione in luoghi e contesti culturali diversi;
- l'evidenza che l'impatto sia duraturo.

Diffondere le conoscenze

È necessario impegnarsi ancora più a fondo per applicare nella realtà ciò che si è appreso in merito alle cause e alla prevenzione della violenza giovanile. Attualmente, le conoscenze relative a questo problema vengono comunicate a professionisti e politici in tutto il mondo con grandi difficoltà, soprattutto per l'insufficienza delle strutture di comunicazione. In particolare, è necessario dedicare maggiore attenzione ai seguenti aspetti:

- Coordinamento globale per elaborare reti di organizzazioni dedicate alla condivisione delle informazioni, alla formazione e all'assistenza tecnica.

- Allocazione di risorse per applicare la tecnologia internet. Nelle aree del pianeta in cui ciò rappresenta un problema, dovrebbero essere promosse altre forme di diffusione non elettronica delle informazioni.
- Creazione di strutture in grado di individuare e tradurre le informazioni pertinenti a livello mondiale, in particolare dalle fonti meno conosciute.
- Approfondimento della ricerca relativa alle migliori modalità di implementazione delle strategie e delle politiche di prevenzione della violenza giovanile. La semplice conoscenza delle strategie che si sono dimostrate efficaci non è sufficiente a garantirne il successo una volta applicate.
- Necessità di integrare i programmi di prevenzione della violenza giovanile, ove possibile, con programmi di prevenzione degli abusi sui bambini e di altre forme di violenza all'interno della famiglia.

Conclusioni

La mole delle informazioni disponibili sulle cause e la prevenzione della violenza giovanile sta rapidamente aumentando, parallelamente alla domanda di informazioni a livello mondiale. Soddisfare questa vasta domanda richiederà investimenti sostanziali – per migliorare i meccanismi di gestione della sorveglianza sanitaria pubblica, per condurre tutte le ricerche scientifiche necessarie e per creare l'infrastruttura globale necessaria alla diffusione e all'applicazione delle conoscenze. Se il mondo sarà in grado di vincere la sfida e di fornire le risorse necessarie, la violenza giovanile potrà in un futuro non lontano iniziare a essere considerata un problema di salute pubblica che si può prevenire.

Bibliografia

1. Reza A, Krug EG, Mercy JA. Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 2001, 7:104–111.
2. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document TDR/GEN/96.1).
3. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2001.
4. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1994:114–292.
5. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 244:160–166.
6. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
7. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
8. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud. [Central America in the 90s: youth problems.]* San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
9. Kahn K et al. Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north-east. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4:433–441.
10. Campbell NC et al. Review of 1198 cases of penetrating trauma. *British Journal of Surgery*, 1997, 84:1737–1740.

11. Phillips R. *The economic cost of homicide to a South African city [Dissertation]*. Cape Town, University of Cape Town, 1999.
12. Wygton A. Firearm-related injuries and deaths among children and adolescents in Cape Town, 1992–1996. *South African Medical Journal*, 1999, 89:407–410.
13. Amakiri CN et al. A prospective study of coroners' autopsies in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Medicine, Science and Law*, 1997, 37:69–75.
14. Nwosu SE, Odesanmi WO. Pattern of homicides in Nigeria: the Ile-Ife experience. *West African Medical Journal*, 1998, 17:236–268.
15. Pridmore S, Ryan K, Blizzard L. Victims of violence in Fiji. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1995, 29:666–670.
16. Lu TH, Lee MC, Chou MC. Trends in injury mortality among adolescents in Taiwan, 1965–94. *Injury Prevention*, 1998, 4:111–115.
17. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149–154.
18. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency roombased surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33–42.
19. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434–442.
20. Lerer LB, Matzopoulos RG, Phillips R. Violence and injury mortality in the Cape Town metropole. *South African Medical Journal*, 1997, 87:298–301.
21. Zwi KJ et al. Patterns of injury in children and adolescents presenting to a South African township health centre. *Injury Prevention*, 1995, 1:26–30.
22. Odero WO, Kibosia JC. Incidence and characteristics of injuries in Eldoret, Kenya. *East African Medical Journal*, 1995, 72:706–760.
23. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53–56.
24. Engeland A, Kopjar B. Injuries connected to violence: an analysis of data from the injury registry. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 2000, 120:714–717.
25. Tercero DM. Características de los pacientes con lesiones de origen violento, atendidos en Hospital Mario Catarino Rivas. [Characteristics of patients with intentional injuries, attended to in the Mario Catarino Rivas Hospital.] San Pedro Sula, Honduras, Secretary of Health, 1999.
26. Kuhn F et al. Epidemiology of severe eye injuries. United States Eye Injury Registry (USEIR) and Hungarian Eye Injury Registry (HEIR). *Ophthalmology*, 1998, 95:332–343.
27. Butchart A, Kruger J, Nell V. Neighbourhood safety: a township violence and injury profile. *Crime and Conflict*, 1997, 9:11–15.
28. Neveis O, Bagus R, Bartolomeos K. *Injury surveillance at Maputo Central Hospital*. Abstract for XIth Day of Health, June 2001. Maputo, 2001.
29. Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. [Victimization through violence: levels and associated factors in Latin American and Spanish towns.] *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1999, 5:4–5.
30. National Referral Centre for Violence. *Forensis 1999: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia*. [Forensis 1999: data for life. A tool for interpreting, acting against and preventing violence in Colombia.] Santa Fe de Bogotá, National Institute of Legal Medicine and Forensic Science, 2000.
31. Peden M. Non-fatal violence: some results from the pilot national injury surveillance system. *Trauma Review*, 2000, 8:10–12.
32. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:3–9 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
33. Rossow I et al. Young, wet and wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. *Addiction*, 1999, 94:1017–1031.

34. Clémense A. Violence and incivility at school: the situation in Switzerland. In: Debarbieux E, Blaya C, eds. *Violence in schools: ten approaches in Europe*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier, 2001:163–179.
35. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77–81.
36. Gofin R et al. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218–223.
37. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Violence among schoolchildren in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1999, 5:282–298.
38. Parrilla IC et al. Internal and external environment of the Puerto Rican adolescent in the use of alcohol, drugs and violence. *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico*, 1997, 89:146–149.
39. O'Moore AM et al. Bullying behaviour in Irish schools: a nationwide study. *Irish Journal of Psychology*, 1997, 18:141–169.
40. Currie C, ed. *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Bergen, University of Bergen, 1998.
41. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
42. Flisher AJ et al. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students. Part VII: violent-behaviour. *South African Medical Journal*, 1993, 83:490–494.
43. McKeganey N, Norrie J. Association between illegal drugs and weapon carrying in young people in Scotland: schools' survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:982–984.
44. Mooij T. *Veilige scholen en (pro)sociaal gedrag: evaluatie van de campagne 'De veilige school' in het voortgezet onderwijs. [Safe schools and positive social behaviour: an evaluation of the "Safe schools" campaign in continuing education.]* Nijmegen, Institute for Applied Social Sciences, University of Nijmegen, 2001.
45. Dahlberg LL, Potter LB. Youth violence: developmental pathways and prevention challenges. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(1S):3–14.
46. D'Unger AV et al. How many latent classes of delinquent/criminal careers? Results from a mixed Poisson regression analysis. *American Sociological Review*, 1998, 103:1593–1620.
47. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1995.
48. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181–1196.
49. Patterson GR, Yoerger K. A developmental model for late-onset delinquency. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1997, 44:119–177.
50. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617–645.
51. Loeber R, Farrington DP, Waschbusch DA. *Serious and violent juvenile offenders*. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:13–29.
52. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 1993, 100:674–701.
53. Tolan PH. Implications of onset for delinquency risk identification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987, 15:47–65.
54. Tolan PH, Gorman-Smith D. Development of serious and violent offending careers. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:68–85.
55. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710–718.
56. Pulkkinen L. Offensive and defensive aggression in humans: a longitudinal perspective. *Aggressive Behaviour*, 1987, 13:197–212.

57. Hamparian DM et al. *The young criminal years of the violent few*. Washington, DC, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1985.
58. Farrington DP. Predicting adult official and selfreported violence. In: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001:66–88.
59. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
60. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
61. Agnew R. The origins of delinquent events: an examination of offender accounts. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1990, 27:267–294.
62. Farrington DP. Motivations for conduct disorder and delinquency. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:225–241.
63. Wikström POH. *Everyday violence in contemporary Sweden*. Stockholm, National Council for Crime Prevention, 1985.
64. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol. 3. Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1994:377–570.
65. Brennan P, Mednick S, John R. Specialization in violence: evidence of a criminal subgroup. *Criminology*, 1989, 27:437–453.
66. Hamparian DM et al. *The violent few: a study of dangerous juvenile offenders*. Lexington, MA, DC Heath, 1978.
67. Kandel E, Mednick SA. Perinatal complications predict violent offending. *Criminology*, 1991, 29:519–529.
68. Brennan PA, Mednick BR, Mednick SA. Parental psychopathology, congenital factors, and violence. In: Hodgins S, ed. *Mental disorder and crime*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:244–261.
69. Denno DW. *Biology and violence: from birth to adulthood*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
70. Raine A. *The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder*. San Diego, CA, Academic Press, 1993.
71. Kagan J. Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 1989, 44:668–674.
72. Wadsworth MEJ. Delinquency, pulse rates, and early emotional deprivation. *British Journal of Criminology*, 1976, 16:245–256.
73. Farrington DP. The relationship between low resting heart rate and violence. In: Raine A et al., eds. *Biosocial bases of violence*. New York, NY, Plenum, 1997:89–105.
74. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614–623.
75. Caspi A et al. Are some people crime-prone? Replications of the personality–crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, 1994, 32:163–195.
76. Klinteberg BA et al. Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: a longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 1993, 15:381–388.
77. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421–475.
78. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
79. Moffitt TE, Henry B. Neuropsychological studies of juvenile delinquency and juvenile violence. In: Milner JS, ed. *Neuropsychology of aggression*. Boston, MA, Kluwer, 1991:131–146.

80. Seguin J et al. Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, 104:614–624.
81. Dahlberg L. Youth violence in the United States: major trends, risk factors, and prevention approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:259–272.
82. McCord J. Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 37:1477–1486.
83. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of aggression. In: Pepler DJ, Rubin KJ, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:169–188.
84. Widom CS. The cycle of violence. *Science*, 1989, 244:160–166.
85. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 1993, 114:68–79.
86. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33:451–481.
87. McCord J. Family as crucible for violence: on Gorman-Smith et al. (1996). *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:147–152.
88. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
89. Morash M, Rucker L. An exploratory study of the connection of mother's age at childbearing to her children's delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*, 1989, 35:45–93.
90. Nagin DS, Pogarsky G, Farrington DP. Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society Review*, 1997, 31:137–162.
91. Gorman-Smith D et al. The relation of family functioning to violence among inner-city minority youths. *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:115–129.
92. Wadsworth MEJ. Delinquency prediction and its uses: the experience of a 21-year follow-up study. *International Journal of Mental Health*, 1978, 7:43–62.
93. Elliott DS, Huizinga D, Menard S. *Multiple problem youth: delinquency, substance use, and mental health problems*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
94. Perales A, Sogi C. Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. [Violent behaviour among adolescents: identifying risk factors to design prevention programmes.] In: Pimentel Sevilla C, ed. *Violencia, familia y niñez en los sectores urbanos pobres*. [Violence, the family and childhood in poor urban sectors.] Lima, Cecosam, 1995:135–154.
95. Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. [Physical violence and social class.] *Revista de Saúde Pública*, 1999, 33:180–186.
96. Hogg E, Wolf P. Violent crime in a birth cohort: Copenhagen 1953–1977. In: van Dusen KT, Mednick SA, eds. *Prospective studies of crime and delinquency*. Boston, Kluwer-Nijhoff, 1983:249–267.
97. Hawkins JD et al. A review of predictors of youth violence. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:106–146.
98. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), UNICEF, National Black Leadership Commission on AIDS. *Call to action for "children left behind" by AIDS*. Geneva, UNAIDS, 1999 (available on the Internet at <http://www.unaids.org/publications/documents/children/index.html#young>).
99. Reiss AJ, Farrington DP. Advancing knowledge about co-offending: results from a prospective longitudinal survey of London males. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1991, 82:360–395.
100. Elliott DS, Menard S. Delinquent friends and delinquent behavior: temporal and developmental

- patterns. In: Hawkins JD, ed. *Delinquency and crime: current theories*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996:28–67.
101. Howell JC. *Juvenile justice and youth violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997.
 102. Farrington DP, Loeber R. Major aims of this book. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:1–9.
 103. Blumstein A. Youth violence, guns and the illicit drug industry. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1995, 86:10–36.
 104. van Kammen WB, Loeber R. Are fluctuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing? *Journal of Drug Issues*, 1994, 24:9–24.
 105. de Souza Minayo MC. Fala, galera: *juventude, violência e cidadania*. [Fast talker, show-off: youth, violence and citizenship.] Rio de Janeiro, Garamond, 1999.
 106. Rodgers D. *Youth gangs and violence in Latin America and the Caribbean: a literature survey*. Washington, DC, World Bank, 1999 (LCR Sustainable Development Working Paper, No. 4).
 107. Lederman D, Loayza N, Mene'ndez AM. Violent crime: does social capital matter? Washington, DC, World Bank, 1999.
 108. Ayres RL. *Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, World Bank, 1998.
 109. Moser C, Holland J. Urban poverty and violence in Jamaica. In: *World Bank Latin American and Caribbean studies: viewpoints*. Washington, DC, World Bank, 1997:1–53.
 110. Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy BP. Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20:578–597.
 111. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257–277.
 112. Schneidman M. *Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues*. Washington, DC, World Bank, 1996 (LAC Human and Social Development Group Paper Series, No. 2).
 113. Lauras-Loch T, Lopez-Escartin N. Jeunesse et démographie en Afrique. [Youth and demography in Africa.] In: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIX^e–XX^e siècles)*. [Youth in Africa: its evolution and role (19th and 20th centuries).] Paris, L'Harmattan, 1992:66–82.
 114. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Geneva, World Health Organization (in collaboration with the United Nations Children's Fund), 1995 (document WHO/FHE/ADH/95.14).
 115. Diallo Co-Trung M. La crise scolaire au Sénégal: crise de l'école, crise de l'autorité? [The school-crisis in Senegal: a school crisis or a crisis of authority?] In: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIX^e–XX^e siècles)*. [Youth in Africa: its evolution and role (19th and 20th centuries).] Paris, L'Harmattan, 1992:407–439.
 116. Rarrbo K. *L'Algérie et sa jeunesse: marginalisations sociales et désarroi culturel*. [Algeria and its youth: social marginalization and cultural confusion.] Paris, L'Harmattan, 1995.
 117. Dinnen S. Urban raskolism and criminal groups in Papua New Guinea. In: Hazlehurst K, Hazlehurst C, eds. *Gangs and youth subcultures: international explorations*. New Brunswick, NJ, Transaction, 1998.
 118. United Nations Children's Fund. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florence, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
 119. Messner SF. Research on cultural and socioeconomic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511–525.
 120. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, DC, World Bank, 1999.
 121. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182–196.

122. Noronha CV et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. [Violence, ethnic groups and skin color: a study on differences in the metropolitan region of Salvador, Bahia, Brazil.] *Pan American Journal of Public Health*, 1999, 5:268–277.
123. Sanjuán AM. Juventude e violência em Caracas: paradoxos de um processo de perda da cidadania. [Youth and violence in Caracas: the paradoxes of a loss of citizenship.] In: Pinheiro PS, ed. *São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana. [São Paulo without fear: a diagnosis of urban violence.]* Rio de Janeiro, Garamond, 1998:155–171.
124. Aitchinson J. Violência e juventude na África do Sul: causas, lições e soluções para uma sociedade violenta. [Violence and youth in South Africa: causes, lessons and solutions for a violent society.] In: Pinheiro PS, ed. *São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana. [São Paulo without fear: a diagnosis of urban violence.]* Rio de Janeiro, Garamond, 1998:121–132.
125. Pampel FC, Gartner R. Age structure, socio-political institutions, and national homicide rates. *European Sociological Review*, 1995, 11:243–260.
126. Messner SF, Rosenfeld R. Political restraint of the market and levels of criminal homicide: a cross-national application of institutional-anomie theory. *Social Forces*, 1997, 75:1393–1416.
127. Centerwall BS. Television and violence: the scale of the problem and where to go from here. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3059–3063.
128. Centerwall BS. Exposure to television as a cause of violence. *Public Communication and Behaviour*, 1989, 2:1–58.
129. Centerwall BS. Exposure to television as a risk factor for violence. *American Journal of Epidemiology*, 1989, 129:643–652.
130. Joy LA, Kimball MM, Zabrack ML. Television and children's aggressive behavior. In: Williams TM, ed. *The impact of television: a natural experiment in three communities*. New York, NY, Academic Press, 1986:303–360.
131. Williams TM. *The impact of television: a natural experiment in three communities*. New York, NY, Academic Press, 1986.
132. Wood W, Wong FY, Chachere G. Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction. *Psychological Bulletin*, 1991, 109:307–326.
133. Paik H, Comstock G. The effects of television violence on antisocial behavior: a meta-analysis. *Communication Research*, 1994, 21:516–546.
134. Huesmann LR, Eron LD, eds. *Television and the aggressive child: a cross-national comparison*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1986.
135. Wiegman O, Kuttschreuter M, Baarda B. A longitudinal study of the effects of television viewing on aggressive and antisocial behaviours. *British Journal of Social Psychology*, 1992, 31:147–164.
136. Bedoya Marín DA, Jaramillo Martí'nez J. *De la barra a la banda. [From football supporter to gang member.]* Medellín, El Propio Bolsillo, 1991.
137. Kellermann AL et al. Preventing youth violence: what works? *Annual Review of Public Health*, 1998, 19:271–292.
138. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15:375–385.
139. Berrueta-Clement JR et al. *Changed lives: the effects of the Perry preschool program on youth through age 19*. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1984.
140. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool project study through age 27*. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1993.
141. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
142. Richards BA, Dodge KA. Social maladjustment and problem-solving in school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50:226–233.
143. Guerra NG, Williams KR. *A program planning guide for youth violence prevention: a risk-focused approach*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1996.

144. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
145. Howell JC, Bilchick S, eds. *Guide for implementing the comprehensive strategy for serious violent and chronic juvenile offenders*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995.
146. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
147. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
148. Williams KR, Guerra NG, Elliott DS. *Human development and violence prevention: a focus on youth*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997.
149. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project: long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. *Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention*. Norwood, NJ, Ablex, 1988:79–104.
150. Seitz V, Rosenbaum LK, Apfel NH. Effects of a family support intervention: a 10-year follow-up. *Child Development*, 1985, 56:376–391.
151. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238–1244.
152. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13:287–303.
153. Sanders MR. Triple-P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999, 2:71–90.
154. Triple-P-Positive Parenting Program. *Triple P News*, 2001, 4:1.
155. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. In: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:139–168.
156. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, OR, Castalia, 1992.
157. Hawkins JD, Von Cleve E, Catalano RF. Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991, 30:208–217.
158. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York, NY, Guilford, 1992:117–138.
159. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits*. Santa Monica, CA, Rand, 1996.
160. Mihalic SF, Grotmeter JK. *Big Brothers/Big Sisters of America*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 2).
161. Grossman JB, Garry EM. *Mentoring: a proven delinquency prevention strategy*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, 1997 (Juvenile Justice Bulletin, No. NCJ 164386).
162. Shadish WR. Do family and marital psychotherapies change what people do? A meta-analysis of behavior outcomes. In: Cook TD et al., eds. *Meta-analysis for explanation: a casebook*. New York, NY, Russell Sage Foundation, 1992:129–208.
163. Hazelrigg MD, Cooper HM, Borduin CM. Evaluating the effectiveness of family therapies: an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 1987, 101:428–442.
164. Klein NC, Alexander JF, Parsons BV. Impact of family systems intervention on recidivism and

- sibling delinquency: a model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45:469–474.
165. Aos S et al. *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime: a review of national research findings with implications for Washington state*. Olympia, WA, Washington State Institute for Public Policy, 1999 (Report No. 99-05-1202).
 166. Henggler SW et al. *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY, Guilford, 1998.
 167. Goldstein H. *Policing of a free society*. Cambridge, MA, Ballinger, 1977.
 168. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. *Bridging the child welfare and juvenile justice systems*. Washington, DC, National Institute of Justice, 1995.
 169. Marens S, Schaefer M. Community policing, schools, and mental health. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. *Violence in American schools*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:312–347.
 170. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999.
 171. Jarquin E, Carrillo F. *La económica política de la reforma judicial*. [The political economy of judicial reform.] Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.
 172. Kraushaar K, Alsop B. *A naturalistic alcohol availability experiment: effects on crime*. Washington, DC, Educational Resources Information Center, 1995 (document CG 026 940).
 173. Chaiken MR. Tailoring established after-school programs to meet urban realities. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. *Violence in American schools*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:348–375.
 174. Chaiken MR, Huizinga D. Early prevention of and intervention for delinquency and related problem behavior. *The Criminologist*, 1995, 20:4–5.
 175. Babotim F et al. *Avaliação 1998 do trabalho realizado pela Essor com os adolescentes de dois bairros de Maputo/Moçambique*. [1998 Evaluation of work undertaken by Essor with adolescents from two districts in Maputo, Mozambique.] Maputo, Essor, 1999.
 176. Rodgers D. *Living in the shadow of death: violence, pandillas and social disorganization in contemporary urban Nicaragua* [Dissertation]. Cambridge, University of Cambridge, 1999.
 177. Finestone H. *Victims of change: juvenile delinquency in American society*. Westport, CT, Greenwood, 1976.
 178. Klein MW. *A structural approach to gang intervention: the Lincoln Heights project*. San Diego, CA, Youth Studies Center, 1967.
 179. Salazar A. *Young assassins in the drug trade*. North American Conference on Latin America, 1994, 27:24–28.
 180. Painter KA, Farrington DP. Evaluating situational crime prevention using a young people's survey. *British Journal of Criminology*, 2001, 41:266–284.
 181. Ludwig J, Duncan GJ, Hirschfield P. Urban poverty and juvenile crime: evidence from a randomized housing-mobility experiment. *Quarterly Journal of Economics*, 2001, 116:655–680.
 182. Sheley JF, Wright JD. *Gun acquisition and possession in selected juvenile samples*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1993.
 183. Cook PJ, Moore MH. Guns, gun control, and homicide. In: Smith MD, Zahn MA eds. *Studying and preventing homicide: issues and challenges*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999:246–273.
 184. Teret SP et al. Making guns safer. *Issues in Science and Technology*, 1998, Summer:37–40.
 185. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325:1615–1620.
 186. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1205–1209.

3. L'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini da parte dei genitori e di chi se ne occupa

Background

La letteratura, l'arte e le scienze in diverse parti del mondo hanno documentato per molto tempo l'abuso sui bambini. Le segnalazioni di infanticidio, mutilazioni, abbandono e altre forme di violenza nei confronti dei bambini risalgono alle civiltà più antiche (1). La storia è densa di episodi di bambini non curati, deboli o malnutriti allontanati dalle famiglie e costretti ad arrangiarsi da soli e di bambini vittime di abusi sessuali.

Per molto tempo sono anche esistiti gruppi caritativi e altri preoccupati del benessere dei bambini che si sono impegnati per la loro protezione. Nonostante ciò, il problema non ha ricevuto ampia attenzione da parte del mondo medico o del pubblico in generale fino al 1962, anno di pubblicazione di un lavoro fondamentale: *The battered child syndrome* di Kempe et al. (2).

Il termine "sindrome del bambino battuto" venne coniato per indicare le manifestazioni cliniche di un grave abuso fisico nei bambini piccoli (2). Attualmente, quattro decenni più tardi, esistono chiare prove che l'abuso sui bambini rappresenta un problema globale. Si presenta sotto forme diverse e ha radici profonde nelle pratiche culturali, economiche e sociali. La soluzione di questo problema globale, comunque, ha bisogno di una comprensione molto più approfondita delle sue manifestazioni in contesti diversi, così come delle sue cause e conseguenze in tali contesti.

Come vengono definiti l'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini?

Aspetti culturali

Qualsiasi approccio globale all'abuso sull'infanzia deve considerare i diversi standard e aspettative relativi al comportamento dei genitori nelle diverse culture in tutto il mondo. La cultura rappresenta l'insieme di valori e comportamenti di una società nel suo insieme, nonché le sue convinzioni relative al modo in cui le persone che vi appartengono si devono comportare. In queste opinioni rientrano anche le idee relative a quali atti di omissione o di commissione rappresentano abuso e incuria (3, 4). In altre parole, la cultura aiuta a definire i principi accettati a livello generale in merito all'educazione dei bambini e alla loro assistenza.

A culture diverse appartengono modi diversi di essere genitori. Alcuni ricercatori hanno suggerito come talvolta la diversità delle opinioni relative alla crescita dei figli nelle diverse culture sia tale da rendere estremamente difficile definire in modo univoco gli atteggiamenti che rappresentano abuso o incuria (5, 6). Nonostante ciò, sembra che la differenza tra le diverse culture in merito a ciò che viene definito abuso riguardi l'enfasi posta su aspetti particolari del comportamento dei genitori. Sembra esista comunque un accordo generale in molte culture sul fatto che l'abuso sui bambini non debba essere permesso, e la quasi unanimità per quanto riguarda la non ammissibilità di punizioni eccessivamente dure e dell'abuso sessuale (7).

Tipi di abuso

La Società internazionale per la prevenzione dell'abuso e dell'incuria sui bambini ha recentemente confrontato le definizioni di abuso di 58 paesi e ha evidenziato alcuni aspetti comuni

(7). Nel 1999 la Consulta sulla prevenzione dell'abuso sui bambini dell'OMS ha indicato la seguente definizione (8):

“L'abuso o il maltrattamento sull'infanzia è rappresentato da tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere”.

Alcune definizioni sottolineano il comportamento o le azioni degli adulti, mentre altre ritengono che l'abuso abbia luogo se vi siano danni reali o potenziali per il bambino (8-13). La distinzione tra comportamento – a prescindere dall'esito – e impatto o danno rappresenta una potenziale fonte di confusione se l'intenzionalità del genitore è parte integrante della definizione. Alcuni esperti ritengono che un bambino abbia subito un abuso anche quando è stato inavvertitamente danneggiato dalle azioni di un genitore, mentre per altri è necessario che il danno sia intenzionale per poter parlare di abuso. Parte della letteratura relativa a questo problema include esplicitamente la violenza sui bambini perpetrata all'interno delle strutture pubbliche e delle scuole (14-17).

La definizione sopra riportata (8) copre un ampio spettro di situazioni di abuso. Questo capitolo concentra la propria attenzione soprattutto sugli atti commessi e omessi dai genitori o da parte di chi si occupa dei bambini che causano un danno al bambino. In particolare, esplora la prevalenza, le cause e le conseguenze di quattro tipi di maltrattamento sui bambini da parte delle persone a cui vengono affidati, e precisamente:

- abuso fisico;
- abuso sessuale;
- abuso affettivo;
- incuria.

Per abuso fisico si intendono tutti gli atti commessi da parte di chi ha in cura un bambino che provocano un danno fisico reale o hanno la potenzialità di farlo. Per abuso sessuale si intendono tutti gli atti che chi ha in cura il bambino compie per il proprio piacere sessuale ai danni di un bambino.

L'abuso affettivo riguarda la mancata fornitura al bambino, da parte di chi se ne deve occupare, di un ambiente appropriato e supportivo, e comprende tutti gli atti che determinano un effetto negativo sulla salute e sullo sviluppo affettivo del bambino stesso. Tali atti includono: limitazione dei movimenti, denigrazione, scherno, minacce e intimidazioni, discriminazione, allontanamento e altre forme non fisiche di trattamento ostile.

L'incuria si riferisce alla trascuratezza di un genitore nell'occuparsi – quando sarebbe in grado di farlo – dello sviluppo del bambino in una o più delle seguenti aree: salute, educazione, sviluppo affettivo, nutrizione, protezione e condizioni di vita sicure. L'incuria si distingue pertanto dalla situazione di povertà per il fatto che si verifica solo nei casi in cui la famiglia del bambino o chi se ne occupa abbiano sufficienti risorse per farlo.

Le manifestazioni di questi tipi di abuso sono ulteriormente illustrate nel Box 3.1.

Le dimensioni del problema

Abuso che causa la morte

Le informazioni relative al numero di bambini che muoiono ogni anno a causa di un abuso derivano principalmente dai registri dei decessi o dai dati di mortalità. Secondo l'OMS, nel

Box 3.1 Manifestazioni di abuso e incuria sui bambini

Le lesioni inflitte a un bambino da parte di chi se ne occupa si manifestano in modi diversi. Un danno grave o la morte dei bambini vittime di abuso è quasi sempre la conseguenza di una lesione alla testa o agli organi interni. Il trauma cranico come conseguenza di abuso rappresenta la causa di morte più comune nei bambini piccoli e i bambini nei primi 2 anni di vita sono il gruppo più vulnerabile. Poiché la forza esercitata su un corpo passa attraverso l'epidermide, i segni di lesioni cutanee possono costituire chiari segni di abuso. Le manifestazioni dell'abuso a livello scheletrico comprendono fratture multiple a diversi stadi di calcificazione, fratture di ossa che molto raramente si rompono in situazioni normali e fratture caratteristiche delle costole e delle ossa lunghe.

Il neonato scosso

Lo scuotimento rappresenta una delle forme più frequenti di abuso nei confronti dei bambini molto piccoli. La maggioranza dei bambini scossi ha un'età inferiore a 9 mesi. La maggior parte dei responsabili di tale tipo di abuso è rappresentata da uomini, anche se ciò può essere dovuto al fatto che, essendo mediamente più forti delle donne, tendono ad applicare una forza maggiore, piuttosto che al fatto che i maschi siano più inclini delle donne a scuotere i bambini. Le emorragie intracraniche, quelle retiniche e le piccole fratture "a scheggia" alle giunture maggiori delle estremità del bambino possono essere il risultato di uno scuotimento molto rapido del neonato. Esse possono anche rappresentare la conseguenza di una combinazione di scuotimento e urto della testa contro una superficie. Esistono evidenze del fatto che circa un terzo dei neonati scossi in modo grave muore e che la maggior parte di quelli che sopravvivono presenta conseguenze a lungo termine, quali ritardo mentale, paralisi cerebrale infantile o cecità.

Il bambino battuto

Una delle sindromi dell'abuso sui bambini è rappresentata dalla "sindrome del bambino battuto". Questa definizione si utilizza solitamente per i bambini che mostrano ripetute e gravi lesioni alla pelle, al sistema scheletrico o a quello nervoso. Comprende bambini con fratture multiple a diversi stadi, trauma cranico e gravi traumi interni, con segni di ripetizione dell'abuso. Fortunatamente, anche se si tratta di casi tragici, questa tipologia è rara.

Abuso sessuale

È possibile che i bambini vengano sottoposti all'attenzione dei professionisti per problemi fisici o comportamentali che, a seguito di ulteriore analisi, si rivelano conseguenze di abuso sessuale. Non è raro che bambini vittime di abuso sessuale manifestino sintomi di infezioni, lesioni genitali, dolore addominale, costipazione, infezioni croniche o ricorrenti alle vie urinarie o problemi di comportamento. Per essere in grado di individuare un abuso sessuale sui bambini è necessario avere un elevato livello di sospetto e familiarità con gli indicatori verbali, comportamentali e fisici dell'abuso. Molti bambini riveleranno l'abuso spontaneamente alle persone che se ne occupano, anche se è possibile che si presentino segni indiretti a livello fisico o comportamentale.

Incuria

Esistono diverse manifestazioni dell'incuria nei confronti dei bambini, tra cui il trascurare le raccomandazioni nel campo della salute, non ricorrere all'assistenza sanitaria quando necessario, privazione di cibo che porta a denutrizione, e impedirgli di crescere in modo sano. Altre cause di preoccupazione riguardano l'esposizione dei bambini alle droghe e un'adeguata protezione dai pericoli ambientali. Inoltre, abbandono, scarsa supervisione, mancanza di igiene e impedimento all'istruzione sono tutti elementi che provano l'esistenza di incuria.

2000 sono state registrate 57.000 morti attribuibili a omicidio tra i bambini di età inferiore ai 15 anni. Le stime globali sull'omicidio infantile indicano come i neonati e i bambini molto piccoli siano le categorie più a rischio, con tassi relativi al gruppo di età 0-4 anni più che doppi rispetto al gruppo di età 5-14 anni.

Il rischio di abuso che provoca la morte per i bambini varia in base al livello di reddito del paese e della regione del mondo. Il tasso di omicidio per i bambini di età inferiore a 5 anni che vivono in paesi ad alto reddito è di 2,2 ogni 100.000 individui per i maschi e 1,8 per le femmine. I tassi corrispondenti nei paesi a basso e medio reddito sono 2-3 volte superiori – 6,1 per i maschi e 5,1 per le femmine. I tassi di omicidio più elevati per i bambini di età inferiore a 5 anni si riscontrano nella Regione africana dell'OMS – 17,9 ogni 100.000 individui per i maschi e 12,7 per le femmine. Gli indici più contenuti sono quelli dei paesi a reddito elevato della Regione europea, del Mediterraneo orientale e del Pacifico occidentale.

In molti casi, tuttavia, le cause dei decessi dei bambini non vengono approfondite e non vengono effettuati esami post-mortem, rendendo quindi difficile determinare il numero preciso di morti dovute ad abuso. Persino nei paesi ricchi è difficile individuare in modo corretto i casi di infanticidio e misurarne l'incidenza. Sono stati osservati, ad esempio, significativi errori di classificazione della causa di morte registrata sui certificati in diversi stati degli Stati Uniti. A seguito di nuove analisi, decessi attribuiti ad altre cause – ad esempio sindrome della morte in culla o incidenti – sono stati riclassificati come omicidi (18, 19).

Nonostante la frequenza degli errori di classificazione, gli esperti concordano nel ritenere che le morti dovute ad abuso siano molto più frequenti di quanto suggerito dai registri ufficiali in tutti i paesi in cui sono stati condotti studi sui decessi infantili (20-22). Nelle morti attribuite ad abuso, la causa più comune è rappresentata dalle lesioni alla testa, seguite da quelle all'addome (18, 23, 24). Anche il soffocamento intenzionale viene indicato come frequente causa di morte (19, 22).

Abuso che non causa la morte

I dati relativi all'abuso che non causa la morte e all'incuria nei confronti dell'infanzia provengono da diverse fonti, tra cui le statistiche ufficiali, i casi clinici e gli studi relativi alla popolazione. Tali fonti, tuttavia, sono molto diverse tra loro per quanto riguarda la capacità di descrivere le reali dimensioni del problema.

Le statistiche ufficiali spesso non forniscono molte indicazioni per quanto riguarda le modalità dell'abuso infantile. Ciò è dovuto al fatto che, in molti paesi, non esistono sistemi legali o sociali che abbiano la responsabilità specifica della registrazione, per non parlare della gestione, dei casi di abuso e incuria nei confronti dei bambini (7). Inoltre, esistono definizioni legali e culturali diverse per l'abuso e l'incuria nei vari paesi. È inoltre documentato il fatto che solo una minima parte dei casi di maltrattamento sui bambini viene denunciata alle autorità, anche quando esiste l'obbligo di farlo (25).

Sono state pubblicate delle serie di casi in diversi paesi, importanti per guidare l'azione locale nei confronti dell'abuso infantile e per migliorare la consapevolezza e la sensibilità tra il pubblico e i professionisti (26-32). Le serie di casi possono rivelare delle similitudini tra le esperienze di paesi diversi e suggerire nuove ipotesi. Tuttavia, esse non sono particolarmente utili per valutare l'importanza relativa dei possibili fattori di protezione o di rischio in contesti culturali differenti (33).

Gli studi di popolazione sono un elemento essenziale per determinare la portata effettiva dell'abuso infantile non mortale. Recentemente, sono state completate inchieste di questo genere in diversi paesi, compresi Australia, Brasile, Canada, Cile, Cina, Costa Rica, Egitto,

Etiopia, India, Italia, Messico, Nuova Zelanda, Nicaragua, Norvegia, Filippine, Repubblica di Corea, Romania, Sudafrica, Stati Uniti e Zimbabwe (12, 14-17, 26, 34-43).

Abuso fisico

Le stime relative all'abuso fisico sui bambini ottenute dagli studi di popolazione presentano notevoli diversità. Un'inchiesta condotta nel 1995 negli Stati Uniti interrogava i genitori in merito ai metodi di disciplina utilizzati con i figli (12). Si ottenne un tasso di abuso fisico di 49 su 1000 bambini considerando comportamenti quali: colpire il bambino con un oggetto, in zone diverse dal sedere; prenderlo a calci; picchiarlo; minacciarlo con un coltello o un'arma.

Le ricerche disponibili suggeriscono che i tassi relativi a molti altri stati non sono inferiori, e potrebbero piuttosto essere più elevati rispetto alle stime evidenziate negli Stati Uniti. Recentemente sono emersi, tra gli altri a livello mondiale, questi risultati:

- In uno studio trasversale condotto in Egitto sui bambini, il 37% degli intervistati ha dichiarato di essere stato picchiato o legato dai genitori e il 26% ha riferito di lesioni fisiche, quali fratture, perdita di conoscenza o disabilità permanente, dopo essere stato picchiato o legato (17).
- In uno studio condotto recentemente nella Repubblica di Corea, ai genitori è stato chiesto di parlare del proprio comportamento nei confronti dei figli. Due terzi dei genitori hanno dichiarato di frustare i propri figli e il 45% ha ammesso di averli colpiti, presi a calci o picchiati (26).
- Un'indagine sulle famiglie condotta in Romania ha evidenziato come il 4,6% dei bambini fosse stato vittima di abusi fisici gravi e frequenti, tra cui essere colpiti con oggetti, ustionati o privati del cibo. Quasi la metà dei genitori coinvolti nell'indagine ha ammesso di picchiare i figli "regolarmente" e il 16% di picchiarli con oggetti (34).
- In Etiopia, il 21% dei bambini in età scolare in città e il 64% in campagna ha raccontato di ferite o gonfiori sul corpo dovuti a punizioni da parte dei genitori (14).

I dati più confrontabili provengono dal progetto di Studi mondiali sull'abuso in ambito familiare (World Studies of Abuse in the Family Environment, WorldSAFE), uno studio di collaborazione transnazionale. Ricercatori di Cile, Egitto, India e Filippine hanno somministrato nei rispettivi paesi un protocollo di base comune a campioni di madri della popolazione generale per stabilire i tassi di incidenza confrontabili per le forme severe e per quelle più moderate di disciplina nei confronti dei bambini. Specificamente, i ricercatori hanno calcolato la frequenza dei comportamenti di punizione dei genitori, senza etichettare un atteggiamento rigido come abuso, utilizzando la Scala delle tattiche di conflitto genitore-bambino (9-12, 40). Altri dati per determinare i fattori di protezione e di rischio sono stati raccolti di routine nel corso degli studi.

La Tabella 3.1 presenta i risultati, riferiti ai quattro paesi coinvolti nello studio, relativi all'incidenza dei comportamenti di punizione autoriferiti dei genitori. In ogni paese sono state utilizzate formulazioni verbali identiche per le domande. I risultati sono paragonati a quelli di un'inchiesta nazionale condotta negli Stati Uniti utilizzando gli stessi strumenti (12). È chiaro che le punizioni severe non sono comportamenti limitati a pochi luoghi o a una sola area nel mondo. I genitori in Egitto, nelle aree rurali dell'India e nelle Filippine hanno dichiarato di aver fatto ricorso frequentemente, per punire i figli, all'uso di un oggetto su parti del corpo diverse dal sedere negli ultimi 6 mesi. Questo comportamento è stato riferito anche in Cile e negli Stati Uniti, anche se con frequenza inferiore. Forme di violenza più gravi – quali stran-

Tabella 3.1 Tassi di punizione fisica severa o moderata nei 6 mesi precedenti, come riferito dalle madri, studio WorldSAFE

Tipo di punizione	Incidenza (%)				
	Cile	Egitto	India ^(a)	Filippine	USA
Punizione fisica dura					
Colpire il bambino con un oggetto (non sul sedere)	4	26	36	21	4
Prendere a calci	0	2	10	6	0
Provocare ustioni al bambino	0	2	1	0	0
Picchiare il bambino	0	25	— ^(b)	3	0
Minacciare il bambino con un coltello o un'arma	0	0	1	1	0
Soffocare il bambino	0	1	2	1	0
Punizione fisica moderata					
Sculacciare sul sedere (con la mano)	51	29	58	75	47
Colpire il bambino sul sedere (con un oggetto)	18	28	23	51	21
Schiaffeggiare sul viso o sulla testa	13	41	58	21	4
Tirare i capelli	24	29	29	23	— ^(b)
Scuotere il bambino ^(c)	39	59	12	20	9
Colpire il bambino con le nocche	12	25	28	8	— ^(b)
Dare pizzicotti	3	45	17	60	5
Tirare il bambino per le orecchie	27	31	16	31	— ^(b)
Obbligare il bambino a stare in piedi o in ginocchio in una posizione scomoda	0	6	2	4	— ^(b)
Mettere del peperoncino sulla lingua	0	2	3	1	— ^(b)

a. Zone rurali.

b. Domande non poste nell'indagine.

c. Bambini di età uguale o superiore a 2 anni.

golamento, ustioni, o minacce con un coltello o un'arma – da parte dei genitori nei confronti dei propri figli sono presenti in modo significativo in tutte le situazioni in cui sono stati condotti studi. In Italia, secondo la Scala delle tattiche di conflitto genitore-bambino, la violenza grave rappresenta l'8% (39). Tang ha indicato un tasso annuo di violenza grave sui bambini, dichiarata dai genitori, di 461 ogni 1000 individui in Cina (Hong Kong SAR) (43).

Anche un altro studio, che ha confrontato i tassi di violenza nei confronti di bambini di età scolare in Cina e nella Repubblica di Corea, ha utilizzato la Scala, rivolgendo però le domande ai bambini e non ai genitori (41). In Cina, il tasso di violenza grave riferito dai bambini era del 22,6%, mentre nella Repubblica di Corea era del 51,3%.

I dati del progetto WorldSAFE chiariscono anche le modalità di disciplina fisica più “moderata” in diversi paesi (Tabella 3.1). La disciplina moderata non è sempre considerata una forma di abuso, anche se alcuni professionisti e genitori la considerano inaccettabile. In questo ambito, lo studio WorldSAFE ha indicato una maggiore divergenza tra società e culture diverse. Sculacciare i bambini si rivelava la misura disciplinare più comune in ogni paese, con l'eccezione dell'Egitto, paese in cui erano utilizzate più frequentemente altre misure – scuotere i bambini, pizzicarli o dare sberle sul viso o sulla testa. I genitori delle zone rurali dell'India,

invece, dichiaravano di dare sberle sul viso o in testa con la stessa frequenza con cui ricorrevano alle sculacciate, mentre negli altri paesi il ricorso al primo metodo era più raro.

Le forme gravi e moderate di disciplina fisica non si limitano alla famiglia o all'ambiente domestico. Gran parte delle punizioni gravi si verifica nelle scuole e in altre strutture per mano di insegnanti e altre figure che hanno la responsabilità dei bambini (Box 3.2).

Abuso sessuale

Le stime della prevalenza dell'abuso sessuale variano profondamente in base alle definizioni utilizzate e al modo in cui le informazioni vengono raccolte. Alcune inchieste sono rivolte ai bambini, altre agli adolescenti e agli adulti che parlano della propria infanzia, altre ancora interrogano i genitori in merito alle esperienze che i loro figli possono aver vissuto. Questi tre diversi metodi possono produrre risultati molto differenti. L'indagine già citata che ha coinvolto le famiglie in Romania, ad esempio, ha evidenziato come lo 0,1% dei genitori abbia ammesso di aver abusato sessualmente dei figli, mentre il 9,1% dei bambini ha dichiarato di essere stato vittima di un abuso sessuale (34). Questa discrepanza potrebbe essere parzialmente spiegata dal fatto che ai bambini era stato chiesto di riferire anche i fatti che riguardavano persone diverse dai genitori.

Nell'ambito degli studi pubblicati, relativi ad adulti che parlavano della propria esperienza

Box 3.2 Punizioni corporali

Punire fisicamente i bambini – con colpi, pugni, calci o schiaffi – è una pratica socialmente e legalmente accettata nella maggior parte dei paesi. In molti, rappresenta un fenomeno importante nelle scuole e in altre istituzioni nonché negli istituti di correzione per i giovani delinquenti.

La Convenzione sui diritti dei bambini delle Nazioni Unite impegna gli stati a proteggere i bambini da “tutte le forme di violenza fisica o mentale” quando essi siano sotto la responsabilità dei genitori e di altri adulti, e il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti dei bambini ha sottolineato che le punizioni corporali sono incompatibili con la Convenzione.

Nel 1979, la Svezia è divenuta il primo paese a proibire qualsiasi forma di punizione corporale sui bambini. Da allora, almeno altri dieci stati l'hanno vietata. Sono state emesse anche sentenze della corte costituzionale e suprema che condannano la punizione corporale nelle scuole e nei sistemi penali – anche in Namibia, Sudafrica e Zimbabwe – e, nel 2000, la corte suprema d'Israele ha dichiarato fuorilegge qualsiasi tipo di punizione corporale. La costituzione etiopica del 1994 afferma il diritto dei bambini di essere liberi da qualsiasi tipo di punizione corporale nelle scuole e nelle altre strutture assistenziali. Questo tipo di punizione è stato vietato anche in Nuova Zelanda, Repubblica di Corea, Thailandia e in Uganda.

Le indagini, tuttavia, indicano come la punizione corporale rimanga una pratica legale in almeno 60 paesi per i delinquenti giovani, in almeno 65 paesi nelle scuole e in altre istituzioni. Si tratta di un tipo di punizione considerato legalmente accettabile in ambito domestico in tutti i paesi tranne undici. Nelle situazioni in cui tale pratica non è stata decisamente ostacolata da riforme legali e da un processo educativo, i pochi studi di prevalenza esistenti evidenziano come essa rimanga estremamente comune.

La punizione corporale è pericolosa per i bambini. A breve termine, è responsabile della morte di migliaia di bambini ogni anno e di un numero ancora superiore di lesioni e di handicap. Sul lungo termine, diverse ricerche hanno indicato come essa rappresenti un fattore significativo per lo sviluppo di un comportamento violento e sia associato ad altri problemi durante l'infanzia e nei periodi successivi della vita.

di bambini, i tassi di prevalenza dell'abuso sessuale tra gli uomini variavano dall'1% (44), quando si utilizzava una definizione ristretta di contatto sessuale caratterizzato dal ricorso a pressione o forza, al 19% (38), quando veniva utilizzata una definizione più ampia. I tassi di prevalenza lifetime per l'abuso sessuale infantile nelle donne variavano dallo 0,9% (45), quando veniva utilizzato il concetto di stupro come definizione di abuso, al 45% (38) con una definizione molto più ampia. I risultati degli studi internazionali condotti dal 1980 rivelano un tasso di prevalenza lifetime media dell'abuso sessuale infantile del 20% tra le donne e del 5-10% tra gli uomini (46, 47).

Queste notevoli variazioni delle stime di prevalenza pubblicate potrebbero essere dovute a reali differenze del rischio in base alle diverse culture o da differenze nella modalità di conduzione dello studio (46). Se si include l'abuso tra pari nella definizione di abuso sessuale infantile è possibile che la prevalenza registri un aumento del 9% (48); includere anche i casi in cui non c'è contatto fisico eleva i tassi del 16% (49).

Abuso affettivo e psicologico

All'abuso psicologico sui bambini è stata dedicata globalmente ancora minore attenzione di quanta ne venga data all'abuso fisico e sessuale. Sembra che le caratteristiche culturali condizionino profondamente i metodi non fisici a cui i genitori fanno ricorso per punire i figli – alcuni dei quali possono essere considerati psicologicamente dannosi da persone con un diverso background culturale. Definire l'abuso psicologico è pertanto estremamente difficile. Inoltre, è probabile che le conseguenze dell'abuso psicologico, a prescindere da come viene definito, siano notevolmente diverse in base al contesto e all'età del bambino.

È documentato che alzare la voce con i propri figli sia un comportamento comune dei genitori in diversi paesi. Imprecare o insultare i bambini sono comportamenti che variano molto più frequentemente. Nei cinque paesi del progetto WorldSAFE il tasso di incidenza più contenuto per quanto riguarda l'insulto nei 6 mesi precedenti era del 15% (Tabella 3.2). Il ricorso alla minaccia di abbandonare i bambini o di chiuderli fuori casa, tuttavia, è molto diverso tra

Tabella 3.2 Tassi di punizione verbale o psicologica nei 6 mesi precedenti, come riferito dalle madri, studio WorldSAFE

Punizione verbale o psicologica	Incidenza (%)				
	Cile	Egitto	India ^(a)	Filippine	USA
Strillare o gridare contro il bambino	84	72	70	82	85
Parlare al bambino in modo oltraggioso	15	44	29	24	17
Imprecare contro il bambino	3	51	— ^(b)	0	24
Rifiutarsi di parlare al bambino	17	48	31	15	— ^(b)
Minacciare il bambino di buttarlo fuori casa	5	0	— ^(b)	26	6
Minacciare di abbandonarlo	8	10	20	48	— ^(b)
Minacciare la venuta di spiriti cattivi	12	6	20	24	— ^(b)
Chiudere il bambino fuori di casa	2	1	— ^(b)	12	— ^(b)

a. Zone rurali.

b. Domande non poste nell'indagine.

i vari paesi. Nelle Filippine, ad esempio, venivano riferite con frequenza minacce di abbandono da parte delle madri come misura di punizione. In Cile, il tasso di ricorso a tali misure era molto più contenuto, circa l'8%.

I dati sulla diffusione dei metodi non violenti e non abusivi per la disciplina dei bambini da parte di chi ne ha la responsabilità in diverse culture e parti del mondo sono estremamente scarsi. Dati limitati del progetto WorldSAFE indicano come la maggior parte dei genitori utilizzi pratiche di disciplina non violente. Tra queste vi sono l'abitudine di spiegare ai bambini perché il loro comportamento è sbagliato e l'invito a interromperlo, togliere privilegi e ricorrere ad altri metodi non violenti per modificare il comportamento problematico (Tabella 3.3). In altri luoghi, in Costa Rica ad esempio, i genitori ammettevano di ricorrere alle punizioni fisiche, ma dichiaravano che si trattava della soluzione a cui ricorrevano con maggiore riluttanza.

Incuria

Diversi ricercatori includono l'incuria o il danno dovuto a mancata assistenza da parte dei genitori nella definizione di abuso (29, 51-53). La fame e la povertà vengono talvolta inserite nel concetto di incuria. Poiché le definizioni variano e le leggi sulla comunicazione degli abusi non sempre impongono la denuncia obbligatoria dei casi di incuria, è difficile valutare le dimensioni globali del problema o confrontare correttamente i tassi tra i diversi paesi. Non sono state approfondite, ad esempio, le differenze del concetto di incuria secondo i bambini, i genitori o altri tutori.

In Kenya, l'abbandono e l'incuria sono stati gli aspetti dell'abuso sull'infanzia più citati da parte degli adulti della comunità cui era stato chiesto di parlare del problema (51). In questo studio, il 21,9% dei bambini ha dichiarato di essere stato trascurato dai genitori. In Canada, uno studio nazionale di casi comunicati ai servizi sociali per l'infanzia ha evidenziato che, tra i casi di incuria documentati, il 19% riguardava incuria fisica, il 12% abbandono, l'11% incuria educativa e il 48% danni fisici dovuti alla mancata supervisione da parte di un genitore (54).

Tabella 3.3 Tassi di abitudini disciplinari non violente nei 6 mesi precedenti, come riferito dalle madri, studio WorldSAFE

Punizione verbale o psicologica	Incidenza (%)				
	Cile	Egitto	India ^(a)	Filippine	USA
Spiegare al bambino perché il suo comportamento non era stato corretto	91	80	94	90	94
Togliere privilegi	60	27	43	3	77
Dire al bambino di smetterla	88	69	— ^(b)	91	— ^(b)
Dare al bambino qualcosa da fare	71	43	27	66	75
Obbligare il bambino a stare fermo da qualche parte	37	50	5	58	75

a. Zone rurali.
b. Domande non poste nell'indagine.

Quali sono i fattori di rischio per l'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini?

Sono stati elaborati numerosi modelli e teorie per spiegare il verificarsi dell'abuso all'interno delle famiglie. Il modello più diffuso è quello ecologico, descritto nel capitolo 1. Applicato al problema dell'abuso e dell'incuria sull'infanzia, il modello ecologico considera diversi fattori, tra cui le caratteristiche del singolo bambino e della sua famiglia, quelle del tutore o del responsabile dell'abuso, la natura della comunità locale e l'ambiente sociale, economico e culturale (55, 56).

La ricerca, peraltro limitata, in quest'area indica come alcuni fattori siano abbastanza costanti, in un certo numero di paesi, nel determinare un rischio. È importante notare, comunque, che tali fattori, indicati più avanti, possono essere solo statisticamente associati e non collegati in modo causale (6).

Fattori che rendono il bambino più vulnerabile

Diversi studi, condotti soprattutto nei paesi industrializzati, hanno suggerito che alcune caratteristiche dei bambini aumentano il rischio di abuso.

Età

La vulnerabilità all'abuso – fisico, sessuale o determinato da incuria – dipende in parte dall'età di un bambino (14, 17, 57, 58). I casi mortali di abuso fisico vengono osservati soprattutto tra i neonati (18, 20, 21, 28). Secondo indagini condotte sulle morti infantili nelle isole Fiji, in Finlandia, Germania e Senegal, ad esempio, la maggioranza delle vittime aveva un'età inferiore a 2 anni (20, 24, 28, 59).

I bambini piccoli sono a rischio anche per l'abuso fisico che non provoca la morte, sebbene le età più vulnerabili per tale tipo di abuso siano diverse in base ai paesi. In Cina, ad esempio, l'età più a rischio per l'abuso fisico non mortale riguarda il gruppo dei bambini di 3-6 anni, in India il gruppo 6-11 anni e negli Stati Uniti il gruppo 6-12 anni (11, 40, 43). I tassi relativi all'abuso sessuale, dall'altro lato, tendono a salire dopo la pubertà, con valori massimi nell'adolescenza (15, 47, 60). L'abuso sessuale, comunque, può anche essere diretto a bambini piccoli.

Sesso

Nella maggior parte dei paesi, le bambine presentano un rischio più elevato rispetto ai maschi per infanticidio, abuso sessuale, incuria educativa e nutrizionale nonché prostituzione forzata (vedi Capitolo 6, Parte seconda). I risultati di diversi studi internazionali mostrano che i tassi relativi all'abuso sessuale sono 1,5-3 volte più elevati tra le bambine rispetto ai maschi (46). A livello globale, 130 milioni di bambini di età compresa tra 6 e 11 anni non frequentano la scuola: il 60% sono bambine (61). In alcuni paesi alle bambine non è permesso neanche ricevere un'istruzione, oppure vengono obbligate a stare in casa per occuparsi dei fratelli o ad aiutare economicamente la famiglia con un lavoro.

Sembra che i maschi siano esposti a un rischio più elevato di punizioni fisiche severe in molti paesi (6, 12, 16, 40, 62). Anche se il rischio di infanticidio per le bambine è più frequente, non si capisce per quali motivi i maschi siano sottoposti a punizioni fisiche più severe. Si potrebbe pensare che questo atteggiamento abbia lo scopo di prepararli a ruoli e responsabilità da adulti, o che i maschi abbiano più bisogno di disciplina fisica. Indubbiamente, le profonde differenze tra le diverse culture per quanto riguarda il ruolo delle donne e il valore dato ai bambini in base al genere possono essere responsabili di molte delle differenze citate.

Caratteristiche particolari

È stato osservato come i neonati prematuri, i gemelli e i bambini con handicap presentino un rischio più elevato di abuso fisico e di incuria (6, 53, 57, 63). Diversi studi hanno prodotto risultati discordanti in merito all'importanza del ritardo mentale come fattore di rischio. Si ritiene che situazioni quali basso peso alla nascita, prematurità, malattia, handicap mentale o fisico nel neonato o nel bambino interferiscano con la formazione di un attaccamento e dei legami affettivi e possano rendere il bambino più vulnerabile all'abuso (6). Nonostante ciò, tali caratteristiche non sembra rappresentino fattori di rischio preponderanti quando vengono considerati altri fattori, quali le variabili relative ai genitori e alla società (6).

Caratteristiche di chi si prende cura dei bambini e della famiglia

La ricerca ha collegato alcune caratteristiche di chi si prende cura dei bambini, così come alcune peculiarità dell'ambiente familiare, all'abuso e all'incuria sull'infanzia. Se alcuni fattori – tra cui quelli demografici – sono legati a una variazione del rischio, altri sono collegati alle caratteristiche psicologiche e comportamentali di chi si occupa del bambino o ad aspetti dell'ambiente familiare che possono compromettere l'esercizio del ruolo di genitori e causare maltrattamenti.

Sesso

La probabilità che il responsabile di un abuso sia maschio o femmina dipende, in parte, dal tipo di abuso. Ricerche condotte in Cina, Cile, Finlandia, India, e negli Stati Uniti indicano come le donne dichiarino di ricorrere più frequentemente degli uomini alle punizioni fisiche (12, 40, 43, 64, 65). In Kenya, i bambini dichiarano un livello di violenza maggiore da parte delle madri rispetto ai padri (51). Comunque, gli uomini sono solitamente i maggiori responsabili di lesioni alla testa estremamente gravi, di fratture dovute ad abuso e di altre lesioni mortali (66-68).

In molti paesi, i responsabili degli abusi sessuali sui bambini, a prescindere dal sesso della vittima, sono soprattutto uomini (46, 69, 70). Gli studi hanno ampiamente dimostrato che nel caso di vittime di sesso femminile, più del 90% dei responsabili è costituito da uomini, mentre nel caso di vittime di sesso maschile, tale percentuale è del 63-86% (46, 71, 72).

Struttura e risorse della famiglia

I genitori che compiono abusi fisici solitamente sono giovani, soli, poveri e disoccupati e hanno un livello di istruzione più limitato dei genitori con comportamento non abusivo. Sia nei paesi in via di sviluppo sia in quelli industrializzati, le madri povere, giovani, sole sono quelle che presentano il rischio più elevato di ricorrere alla violenza nei confronti dei propri figli (6, 12, 65, 73). Negli Stati Uniti, ad esempio, le madri sole hanno una probabilità tre volte più elevata di ricorrere a punizioni fisiche dure rispetto alle madri delle famiglie in cui sono presenti entrambi i genitori (12). Risultati analoghi sono stati osservati in Argentina (73).

Studi condotti in Bangladesh, Colombia, Italia, Kenya, Svezia, Thailandia e nel Regno Unito hanno evidenziato inoltre come un basso grado di istruzione e l'incapacità di raggiungere un reddito adeguato alle necessità della famiglia aumentino le possibilità di violenza fisica nei confronti dei bambini (39, 52, 62, 67, 74-76), sebbene altrove siano state notate eccezioni a questo modello (14). In uno studio condotto sulle famiglie in Palestina, la mancanza di denaro per le necessità dei bambini è stata indicata, dai genitori, come una delle cause principali dell'abuso psicologico nei confronti dei figli (77).

Dimensioni e composizione della famiglia

Anche le dimensioni della famiglia possono aumentare il rischio di abuso. Uno studio sui genitori condotto in Cile, ad esempio, ha evidenziato che le famiglie con quattro o più bambini avevano una probabilità di comportarsi in modo violento nei confronti dei figli tre volte superiore rispetto alle famiglie con un numero inferiore di bambini (78). Il problema non è comunque sempre la semplice dimensione della famiglia. I dati raccolti in diversi paesi indicano che l'eccessivo affollamento del gruppo familiare aumenta il rischio di abuso infantile (17, 41, 52, 57, 74, 79). Un ambiente familiare instabile, in cui la composizione del gruppo si modifica frequentemente per l'aggiungersi o l'allontanarsi di membri della famiglia e di altre figure, è una caratteristica osservata di frequente nei casi di incuria ripetuta (6, 57).

Personalità e caratteristiche comportamentali

Diverse caratteristiche della personalità e del comportamento sono state collegate, in molti studi, all'abuso e all'incuria nei confronti dell'infanzia. I genitori che presentano una maggiore probabilità di compiere abusi fisici sui propri figli tendono ad avere basso livello di autostima, scarso controllo degli impulsi, problemi di salute mentale e tratti di comportamento antisociale (6, 67, 75, 76, 79). I genitori che trascurano i propri figli presentano molti dei problemi descritti e possono inoltre manifestare difficoltà nella pianificazione di importanti eventi della vita, quali il matrimonio, la nascita dei figli o la ricerca di un impiego. Molte di queste caratteristiche compromettono la capacità di essere genitori e sono collegate a relazioni sociali disgregate, incapacità di affrontare lo stress e difficoltà di raggiungere i sistemi di sostegno sociale (6).

È inoltre possibile che i genitori abusivi non siano adeguatamente informati e abbiano aspettative non realistiche per quanto riguarda lo sviluppo dei bambini (6, 57, 67, 80). La ricerca ha dimostrato che i genitori che compiono abusi mostrano un livello maggiore di irritazione e disturbo nei confronti degli umori e del comportamento dei propri figli, non rappresentano un sostegno, non sono attaccati ai figli, giocosi e attenti, e hanno un atteggiamento di controllo e ostile (6, 39).

Storia precedente di abuso

Gli studi hanno dimostrato che i genitori maltrattati durante l'infanzia presentano un rischio più elevato di abusare a loro volta dei propri figli (6, 58, 67, 81, 82). Si tratta comunque di una relazione complessa (81-83) e alcune ricerche hanno osservato che la maggioranza dei genitori che compiono abusi non sono stati, in realtà, vittime di abusi essi stessi (58). Se da un lato i dati empirici suggeriscono l'effettiva esistenza di una relazione, è possibile che l'importanza di questo fattore di rischio sia stata sovrastimata. Altri fattori che sono stati collegati all'abuso infantile – giovane età dei genitori, stress, isolamento, eccessivo affollamento del nucleo familiare, abuso di sostanze e povertà – possono essere più significativi.

Violenza domestica

Viene attualmente prestata maggiore attenzione al problema della violenza del partner e alla sua relazione con l'abuso sui bambini. I dati relativi a studi condotti in paesi distanti sia geograficamente sia culturalmente, quali Cina, Colombia, Egitto, India, Messico, Filippine, Sudafrica e Stati Uniti, hanno tutti osservato uno stretto legame tra queste due forme di violenza (6, 15, 17, 37, 40, 43, 67). In uno studio recente condotto in India, l'incidenza della violenza domestica nell'abitazione raddoppiava il rischio di abuso sui bambini (40). Il 40% o

più delle vittime conosciute di abuso infantile ha riferito anche una situazione di violenza domestica in casa (84). In realtà, la relazione potrebbe anche essere più stretta poiché molti enti responsabili della protezione dei bambini non eseguono una raccolta di routine di dati relativi ad altre forme di violenza nelle famiglie.

Altre caratteristiche

Lo stress e l'isolamento sociale dei genitori sono altri fattori che sono stati collegati all'abuso e all'incuria nei confronti dei bambini (6, 39, 57, 73, 85). Si ritiene che lo stress dovuto a cambiamenti professionali, perdita di reddito, problemi di salute o altre caratteristiche dell'ambiente familiare possano incrementare il livello di conflittualità all'interno della famiglia e la capacità dei suoi membri di farvi fronte o di cercare sostegno. È probabile che chi è in grado di trovare un sostegno sociale abbia minori probabilità di compiere abusi sui bambini, anche in presenza di altri fattori di rischio conosciuti. In uno studio di caso-controllo condotto a Buenos Aires, Argentina, ad esempio, i bambini che vivevano in famiglie monoparentali presentavano un rischio di abuso decisamente superiore rispetto a quelli di famiglie con due genitori. Il rischio di abuso, comunque, era più contenuto tra coloro che riuscivano ad accedere al sostegno sociale (73). L'abuso sui bambini è stato inoltre legato in diversi studi all'abuso di sostanze (6, 37, 40, 67, 76), anche se è necessario approfondire la ricerca per separare gli effetti indipendenti dell'abuso di sostanze dai problemi a esso collegati quali povertà, eccessivo affollamento, disturbi mentali e problemi di salute.

Fattori relativi alla comunità

Povertà

Diversi studi condotti in molti paesi hanno evidenziato una stretta correlazione tra povertà e maltrattamento nei confronti dei bambini (6, 37, 40, 62, 86-88). I tassi di abuso sono più elevati nelle comunità che presentano alti livelli di disoccupazione e di concentrazione della povertà (89-91). Tali comunità sono inoltre caratterizzate da un elevato turnover di popolazione e da eccessivo affollamento abitativo. La ricerca indica come la povertà cronica abbia conseguenze negative sui bambini attraverso il suo impatto sul comportamento dei genitori e sulla disponibilità di risorse a livello di comunità (92). Le comunità con elevati livelli di povertà tendono ad avere infrastrutture fisiche e sociali in deterioramento e una quantità di risorse e di servizi inferiore a quella delle comunità più ricche.

Il capitale sociale

Il capitale sociale rappresenta il livello di coesione e di solidarietà presenti all'interno di una comunità (85). I bambini che vivono in zone con capitale o investimento sociale limitati a livello di comunità sembra presentino un rischio di abuso più elevato e un numero maggiore di problemi psicologici o comportamentali (85). Dall'altro lato, è stato osservato come le reti sociali e i legami di quartiere si siano rivelati uno strumento di protezione per l'infanzia (4, 58, 93). Ciò vale anche per i bambini con numerosi fattori di rischio – quali povertà, violenza, abuso di sostanze e genitori con un limitato livello di istruzione – che sembrano essere più protetti quando il livello di capitale sociale è elevato (85).

Fattori relativi alla società

Si ritiene che un'ampia gamma di fattori a livello di società si ripercuota in modo determinante sul benessere dei bambini e delle famiglie. Tali fattori – non analizzati finora nella maggior parte dei paesi come fattori di rischio per l'abuso sull'infanzia – comprendono:

- Il ruolo dei valori culturali e delle forze economiche nel determinare le scelte a disposizione delle famiglie e nel determinare le loro risposte a tali forze.
- Disparità legate a sesso e reddito – fattori presenti in altri tipi di violenza e che probabilmente sono collegati anche ai maltrattamenti sui bambini.
- Norme culturali relative ai ruoli di genere, relazioni genitore-bambino e privacy della famiglia.
- Politiche per i bambini e le famiglie – quali quelle legate ai permessi dei genitori, al lavoro delle madri e all'organizzazione dell'assistenza prescolastica.
- Natura e dimensioni dell'assistenza sanitaria preventiva per neonati e bambini, come aiuto per individuare i casi di abuso.
- Forza del sistema di assistenza sociale, ossia le fonti di sostegno che offrono una rete di protezione ai bambini e alle famiglie.
- Natura e dimensioni della protezione sociale e capacità di risposta del sistema di giustizia penale.
- Conflitti sociali più ampi e guerre.

Molti di questi fattori culturali e sociali più generali possono condizionare la capacità dei genitori di curare i propri figli amplificando o riducendo le tensioni legate alla vita della famiglia e condizionando le risorse a essa disponibili.

Le conseguenze dell'abuso sull'infanzia

L'onere di salute

La cattiva salute dovuta ad abuso costituisce una parte significativa del peso globale della malattia. Se da un lato alcune delle conseguenze sanitarie sono già state studiate (21, 35, 72, 94-96), ad altre – tra cui disturbi psichiatrici e atteggiamento suicida – è stata dedicata attenzione solo recentemente (53, 97, 98). È attualmente provato che le più importanti forme di malattia tra gli adulti – cardiopatia ischemica, cancro, broncopneumopatie croniche, sindrome dell'intestino irritabile e fibromialgie – sono collegate a esperienze di abuso durante l'infanzia (99-101). Il meccanismo apparente che spiega tali risultati è l'adozione di comportamenti a rischio quali fumo, abuso di alcool, cattiva alimentazione e mancanza di esercizio fisico. La ricerca ha inoltre evidenziato importanti conseguenze dirette gravi e a lungo termine (21, 23, 99-103) (Tabella 3.4).

Analogamente, diversi studi dimostrano un danno psicologico a breve e a lungo termine (35, 45, 53, 94, 97). Alcuni bambini presentano sintomi che non raggiungono livelli di preoccupazione clinica, o li raggiungono ma non al punto di determinare il ricorso a una struttura sanitaria. Altre vittime presentano gravi sintomi psichiatrici, quali depressione, ansia, abuso di sostanze, aggressività, vergogna o disturbi cognitivi. Infine, alcuni bambini presentano tutte le caratteristiche della malattia psichiatrica che comprendono disturbo da stress post-traumatico, depressione maggiore, disturbi d'ansia e disturbi del sonno (53, 97, 98). Uno studio longitudinale di coorte condotto recentemente a Christchurch, in Nuova Zelanda, ad esempio, ha osservato importanti associazioni tra abuso sessuale nell'infanzia e conseguenti problemi di salute mentale quali depressione, ansia nonché pensieri e comportamenti suicidi (97).

Le manifestazioni fisiche, comportamentali e affettive dell'abuso sono diverse in base allo stadio di sviluppo del bambino al momento dell'abuso, alla gravità dell'abuso, alla relazione esistente tra il responsabile e il bambino, alla durata dell'abuso stesso e ad altri fattori dell'ambiente in cui bambino vive (6, 23, 72, 95-101).

Tabella 3.4 **Conseguenze dell'abuso infantile sulla salute**

Fisiche

Lesioni addominali/toraciche
Lesioni al cervello
Graffi e frustate
Bruciature e ustioni
Lesioni al sistema nervoso centrale
Disabilità
Fratture
Lacerazioni e abrasioni
Danni oculari

Sessuali e riproduttive

Problemi di salute riproduttiva
Disfunzioni sessuali
Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS
Gravidanze non desiderate

Psicologiche e comportamentali

Abuso di alcool e droghe
Danni cognitivi
Comportamento delinquenziale, violento e altri comportamenti a rischio
Depressione e ansia
Ritardi nello sviluppo
Disturbi dell'alimentazione e del sonno
Sentimenti di vergogna e colpevolezza
Iperattività
Scarse relazioni
Rendimento scolastico scarso
Scarsa autostima
Disturbo da stress post-traumatico
Disturbi psicosomatici
Comportamento suicida e autolesionista

Altre conseguenze di salute a lungo termine

Cancro
Broncopneumopatia cronica
Fibromialgie
Sindrome dell'intestino irritabile
Cardiopatia ischemica
Epatopatia
Problemi di salute riproduttiva quali sterilità

L'onere economico

I costi legati all'assistenza a breve e a lungo termine delle vittime costituiscono una proporzione importante dell'onere globale dovuto all'abuso e all'incuria nei confronti dell'infanzia. Nel calcolo della spesa rientrano i costi diretti legati a terapie, visite ospedaliere e ambulatoriali e altri servizi sanitari. Diversi costi indiretti riguardano mancata produttività, disabilità, peggiore qualità di vita e morte prematura. Esistono anche i costi sostenuti dal sistema giudiziario e da altre istituzioni, che comprendono:

- spese legate alla ricerca dei responsabili e ai relativi procedimenti giudiziari;
- costi che le organizzazioni di assistenza sociale sostengono per lo studio delle denunce di maltrattamento e per proteggere i bambini dagli abusi;
- costi legati all'assistenza tutoriale;
- costi a carico del sistema educativo;
- costi professionali dovuti ad assenteismo e ridotta produttività.

I dati disponibili relativi ad alcuni paesi industrializzati illustrano il potenziale onere economico. Nel 1996, il costo degli abusi e dell'incuria nei confronti dei bambini negli Stati Uniti era valutato circa 12,4 miliardi di dollari USA (8). Questa cifra comprende le stime ipotetiche delle future perdite di guadagno, i costi educativi e quelli dei servizi di salute mentale per gli adulti. Nel Regno Unito è stato calcolato un costo annuo indicativo di quasi 1,2 miliardi di dollari USA esclusivamente per i servizi di assistenza immediata e per i servizi legali (104). È probabile che i costi degli interventi di prevenzione siano ampiamente superati dal totale combinato dei costi a breve e a lungo termine dell'abuso e dell'incuria nei confronti dei bambini che gravano sugli individui, le famiglie e la società.

Cosa si può fare per prevenire l'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini?

Se da un lato si proclama quasi all'unanimità che la prevenzione dell'abuso sull'infanzia rappresenta una politica sociale importante, dall'altro è sorprendente osservare quanto poco sia stato fatto per studiare l'efficacia degli interventi di prevenzione. Si è lavorato con estrema attenzione su alcuni interventi, tra cui la visita domiciliare (105-107), ma molto più numerosi sono gli interventi in quest'ambito per i quali manca un'adeguata valutazione (108).

La maggior parte dei programmi si concentra sulle vittime o sui responsabili dell'abuso e dell'incuria. Pochissimi sottolineano gli approcci di prevenzione primaria volti innanzitutto a evitare l'insorgere del problema. Le risposte più comuni sono elencate nei paragrafi che seguono.

Approcci di sostegno alla famiglia

Formazione al ruolo di genitori

Sono stati elaborati diversi interventi per migliorare l'atteggiamento dei genitori e fornire sostegno alle famiglie. Questo tipo di programmi solitamente illustra ai genitori le fasi dello sviluppo infantile e li aiuta a migliorare le proprie capacità di gestione del comportamento dei figli. Sebbene la maggioranza di questi programmi sia strutturata per un utilizzo con famiglie ad alto rischio o con famiglie in cui si sia già verificato un abuso, sempre più spesso si ritiene che possa essere utile educare e formare in quest'ambito tutti i genitori o i potenziali genitori. A Singapore, ad esempio, tale formazione comincia nella scuola secondaria con corsi di "preparazione alla genitorialità". Gli studenti apprendono nozioni relative all'assistenza e allo sviluppo infantile, e acquisiscono esperienze dirette lavorando con bambini piccoli in strutture di prescuola e scuola materna (8).

Per quanto riguarda le famiglie in cui l'abuso si è già verificato, l'obiettivo principale consiste nel prevenire ulteriori abusi, così come altre conseguenze negative per il bambino, quali problemi affettivi o ritardo nello sviluppo. Se da un lato la valutazione dei programmi di educazione e formazione al ruolo di genitore hanno mostrato risultati promettenti per la riduzione della violenza tra i giovani, pochi studi hanno esaminato specificamente l'impatto di tali programmi sui tassi di abuso e incuria sui bambini. In molti interventi, invece, sono stati utilizzati risultati prossimali – quali competenza e abilità dei genitori, conflitto genitore-bambino e salute mentale dei genitori – per misurarne l'efficacia.

Wolfe et al., ad esempio, hanno valutato un intervento comportamentale di formazione al ruolo di genitori, elaborato in modo specifico per le famiglie considerate a rischio (109). Le coppie madre-bambino sono state assegnate in modo randomizzato al gruppo di intervento o al gruppo di confronto. Le madri che avevano ricevuto la formazione dichiaravano un numero inferiore di problemi di comportamento con i propri figli e minori problemi di adattamento legati a possibili maltrattamenti rispetto alle madri del gruppo di confronto. Una valutazione di follow-up degli operatori, inoltre, ha evidenziato un rischio più limitato di maltrattamento da parte delle madri che avevano partecipato alla formazione.

Visite a domicilio e altri programmi di sostegno familiare

I programmi di visite domiciliari portano le risorse alle famiglie direttamente nelle loro case. Questo tipo di intervento è stato identificato come uno dei più promettenti per prevenire una serie di conseguenze negative, tra cui la violenza giovanile (Capitolo 2) e l'abuso sull'infanzia (105-107). Nel corso di queste visite vengono offerti informazioni, sostegno e altri servizi per migliorare il funzionamento della famiglia. Sono stati elaborati e studiati diversi modelli di visita domiciliare. In alcuni, le visite vengono effettuate presso tutte le famiglie, a prescindere dal grado di rischio, mentre altre si concentrano sulle famiglie a rischio di violenza, come ad esempio famiglie con un primo figlio o monoparentali o con genitori adolescenti che vivono in comunità caratterizzate da elevati livelli di povertà.

In un'indagine condotta su più di 1900 programmi di visite domiciliari, Wasik e Roberts (110) hanno individuato 224 programmi che fornivano servizi innanzitutto a bambini vittime di abuso e trascurati. All'interno di questi programmi, il miglioramento delle capacità genitoriali e di gestione delle difficoltà erano considerati i servizi più importanti, seguiti dal sostegno affettivo. Le famiglie venivano solitamente visitate una volta alla settimana, o una volta ogni due settimane, per un periodo che variava da sei mesi a due anni.

Un esempio di tale intervento è rappresentato da un progetto gestito dal Centro Genitori di Città del Capo, in Sudafrica. Gli operatori domiciliari vengono scelti all'interno della comunità, formati dal Centro e controllati da operatori sociali professionisti. Le famiglie vengono visitate ogni mese nel periodo prenatale, una volta alla settimana per i primi due mesi dopo la nascita e da quel momento ogni due settimane fino ai due mesi di età e quindi ogni mese fino al raggiungimento dei sei mesi di età. A questo punto le visite possono continuare o terminare, in base alla valutazione dell'operatore. È possibile – se ciò viene ritenuto necessario – che le famiglie vengano indirizzate ad altri organismi per ricevere servizi.

Uno dei pochi studi sugli effetti a lungo termine delle visite domiciliari nei confronti dell'abuso e dell'incuria sull'infanzia è stato condotto da Olds et al. (106). Questi studiosi sono giunti alla conclusione che, per un periodo di 15 anni dopo la nascita del primo figlio, le donne che avevano ricevuto la visita di un'infermiera durante la gravidanza e i primi mesi della

vita del figlio presentavano minori probabilità di rendersi responsabili di abuso sui bambini rispetto alle madri che non erano state seguite a livello domiciliare.

Servizi intensivi di tutela della famiglia

Questo genere di servizio è studiato per mantenere unita la famiglia ed evitare che i bambini vengano affidati all'assistenza sociale. L'intervento, specifico per le famiglie in cui è già stata confermata una situazione di maltrattamento infantile, è breve (con una durata di poche settimane o mesi) e intenso, prevede solitamente 10-30 ore settimanali dedicate a una singola famiglia, presso la famiglia stessa o in qualche altro luogo comunque familiare al bambino. Viene solitamente offerto un ampio numero di servizi, in base alle necessità della famiglia, tra cui varie forme di terapia e servizi più pratici, come sussidi economici temporanei per l'affitto.

Un esempio di questo tipo di programma negli Stati Uniti è Homebuilders, un programma domiciliare intensivo di intervento ed educazione per le famiglie in crisi (111). Le famiglie in cui uno o più bambini corrono il rischio immediato di essere affidati all'assistenza sociale vengono indirizzate a questo programma dagli operatori pubblici. Per un periodo di quattro mesi le famiglie ricevono servizi intensivi da parte di terapisti a disposizione 24 ore su 24. L'ampio spettro di servizi offerti include un sostegno per le necessità di base quali cibo e rifugio, nonché l'apprendimento di nuove abilità.

Le valutazioni relative a questo tipo di intervento sono per ora limitate e i risultati sono relativamente poco indicativi, soprattutto perché si tratta di programmi che offrono un'ampia varietà di servizi e pochi studi hanno inserito un gruppo di controllo. Esistono evidenze che indicano come i programmi per la tutela dell'unità familiare possano aiutare a evitare l'affidamento dei bambini, quantomeno a breve termine. Esistono tuttavia poche indicazioni che suggeriscano la capacità di questi programmi brevi e intensivi di risolvere in modo definitivo la disfunzione profonda della famiglia. Una meta-analisi di diversi programmi intensivi di questo genere ha osservato come quelli che prevedevano un elevato livello di coinvolgimento dei partecipanti, grazie a un approccio basato sulle potenzialità della famiglia e sul ricorso a un sostegno sociale, abbiano prodotto risultati migliori rispetto ai programmi che non avevano queste caratteristiche (112).

Approcci del servizio sanitario

Screening da parte dei professionisti della salute

I professionisti della salute possono rivestire un ruolo chiave nell'individuare, trattare e inviare a consulto i casi di abuso e incuria e nel denunciare i casi sospetti di maltrattamento alle autorità preposte. È fondamentale che i casi di maltrattamento sui bambini vengano individuati subito, per ridurre al minimo le conseguenze per il bambino stesso e per attivare i servizi necessari al più presto.

Lo screening, tradizionalmente, consiste nell'individuazione di un problema di salute prima che ne appaiano segni e sintomi. Nel caso dell'abuso e dell'incuria sui bambini, lo screening potrebbe presentare problemi, perché dovrebbe basarsi sulle informazioni ottenute direttamente dal responsabile dell'abuso o da osservatori. Per questa ragione, è stato descritto un numero limitato di approcci allo screening e l'attenzione si è concentrata solitamente sulle possibilità di migliorare il riconoscimento precoce dell'abuso e dell'incuria da parte degli operatori, soprattutto attraverso livelli più elevati di formazione e istruzione.

Formazione per i professionisti della salute

Studi condotti in diversi paesi hanno evidenziato la necessità di un'educazione continua per gli operatori sanitari nell'ambito dell'individuazione e della denuncia dei primi segni e sintomi di abuso e incuria sull'infanzia (113-115). Per questo motivo, diverse organizzazioni sanitarie hanno elaborato programmi di formazione per migliorare il sistema di individuazione e di denuncia dell'abuso e dell'incuria nonché le conoscenze degli operatori in merito ai servizi di comunità disponibili. Negli Stati Uniti, ad esempio, l'American Medical Association e la American Academy of Pediatrics hanno elaborato linee guida di diagnosi e trattamento per il maltrattamento (116) e l'abuso sessuale (117) sui bambini. Nello Stato di New York si richiede agli operatori sanitari la partecipazione a un corso di due ore per individuare e denunciare l'abuso e l'incuria sui bambini come prerequisito per ottenere una licenza (118). Anche in diversi altri paesi, in Europa e altrove, sono stati compiuti passi per migliorare la formazione degli operatori sanitari (7, 119-121).

Individuare l'abuso e l'incuria sui bambini, tuttavia, non è sempre facile (122-124). Solitamente, è necessario ricorrere a tecniche di intervista ed esami fisici specifici. I professionisti medici dovrebbero inoltre essere attenti alla presenza di fattori di rischio legati alla famiglia o di altra natura che potrebbero indicare un abuso.

Al fine di garantire un processo di apprendimento continuo e dinamico, alcuni ricercatori hanno suggerito l'elaborazione di percorsi polivalenti e strutturati per i professionisti della salute, in base al loro livello specifico di coinvolgimento con i casi di abuso infantile (125). In quest'ambito, dovrebbero essere elaborati programmi di formazione separati ma integrati per gli studenti di medicina e i medici da una parte, e per chi è particolarmente coinvolto nell'ambito dell'abuso infantile dall'altra.

Le valutazioni dei programmi di formazione si sono interessate soprattutto delle conoscenze dell'operatore sanitario nell'ambito dell'abuso e del comportamento infantile. Non esistono indicazioni dell'impatto di tali programmi su altri aspetti, quali ad esempio un migliore livello di assistenza e di consulenza per i bambini.

Approcci terapeutici

La risposta all'abuso e all'incuria dipende da diversi fattori, tra cui l'età e la fase di sviluppo del bambino nonché la presenza di fattori di stress a livello ambientale. Per questo motivo è stata elaborata un'ampia gamma di servizi terapeutici da utilizzare con i singoli individui. In tutto il mondo sono stati avviati programmi terapeutici, anche in Argentina, Cina (Hong Kong SAR), Grecia, Panama, Federazione Russa, Senegal e Slovacchia (7).

Servizi per le vittime

L'analisi dei programmi di trattamento rivolti ai bambini vittime di abuso fisico hanno evidenziato che l'assistenza diurna terapeutica – centrata sul miglioramento delle abilità cognitive e di sviluppo – costituiva l'approccio più popolare (126). Tale tipo di assistenza è stata sollecitata per diverse condizioni legate all'abuso, tra cui problemi affettivi, comportamentali o di attaccamento, nonché ritardi cognitivi o di sviluppo. L'approccio unisce la terapia e specifici metodi di trattamento nel corso delle attività giornaliere del bambino presso una struttura di assistenza infantile. La maggior parte dei programmi di questi tipo comprende terapia ed educazione anche per i genitori.

Un esempio di metodo di trattamento specifico per bambini vittime di abuso carenti dal punto di vista sociale è stato descritto da Fantuzzo et al. (127). I bambini maltrattati di età

prescolare, pesantemente carenti dal punto di vista sociale, sono stati inseriti in gruppi di gioco insieme a bambini con livelli più elevati di funzionamento sociale. A quest'ultimo gruppo è stato insegnato come fungere da modello di ruolo per i bambini in difficoltà e come incoraggiarli a partecipare al gioco. I compiti comprendevano il ricorso ad appropriati gesti verbali e fisici di apertura nei confronti dei bambini disagiati – ad esempio offrire un giocattolo. Furono osservati miglioramenti del comportamento sociale dei bambini in difficoltà, anche se non sono stati valutati gli effetti a lungo termine di questa strategia. Anche la maggior parte degli altri programmi di trattamento descritti nell'indagine sopra menzionata non è stata valutata o lo è stata in modo insufficiente (126).

Le manifestazioni dell'abuso sessuale, così come accade per l'abuso fisico, possono essere estremamente diverse e dipendono da moltissimi fattori, tra cui le caratteristiche individuali della vittima, la relazione tra il responsabile e la vittima e le circostanze dell'abuso. Di conseguenza, è stato adottato un ampio numero di approcci di intervento e di metodi di trattamento per le vittime infantili dell'abuso sessuale, compresa la terapia individuale, di gruppo e familiare (128-131). Anche se le poche ricerche condotte indicano un miglioramento della salute mentale delle vittime in seguito a tali interventi, le informazioni relative ad altri benefici sono decisamente scarse.

Servizi per i bambini che hanno assistito a una violenza

Una delle più recenti novità nell'ambito delle strategie di intervento è rappresentata dai servizi per i bambini che hanno assistito a una violenza domestica (132-134). La ricerca ha mostrato come tale esposizione potrebbe avere numerose conseguenze negative. È decisamente più probabile, ad esempio, che i bambini che hanno assistito a violenza riproducano da adulti relazioni anomale all'interno delle proprie famiglie.

Come accade nei casi di violenza fisica o sessuale, i bambini che hanno assistito a una violenza possono manifestare un'ampia gamma di sintomi, tra cui problemi comportamentali, affettivi o sociali nonché ritardi dello sviluppo cognitivo o fisico, sebbene sia possibile che alcuni non sviluppino alcun problema. Per far fronte a tutte queste notevoli differenze sono state elaborate strategie di intervento e metodi di trattamento diversi, che prendono in considerazione lo stadio di sviluppo del bambino. Attualmente le evidenze relative all'efficacia di questi programmi sono limitate e spesso contraddittorie. Due valutazioni, ad esempio, del medesimo programma di counselling di gruppo della durata di 10 settimane hanno prodotto risultati diversi. Secondo la prima, i bambini del gruppo di intervento erano più abili rispetto al gruppo di confronto nel descrivere diverse abilità e strategie atte a evitare di essere coinvolti nei conflitti tra i genitori e a cercare un sostegno esterno, mentre la seconda valutazione non aveva evidenziato differenze tra i due gruppi (135,136).

Servizi per gli adulti vittime di abuso durante l'infanzia

Diversi studi hanno evidenziato un legame tra una storia di abuso infantile e un'ampia gamma di condizioni, tra cui abuso di sostanze, problemi di salute mentale e dipendenza da alcool (96-99, 137). Inoltre, è possibile che le vittime di abuso durante l'infanzia non vengano individuate come tali per molti anni e che non manifestino sintomi per molto tempo dopo che l'abuso si è verificato. Per tali ragioni si è attualmente verificato un incremento dei servizi rivolti agli adulti che sono stati vittime di violenza durante l'infanzia, soprattutto per quanto riguarda il numero delle consulenze presso i servizi di salute mentale. Purtroppo sono state pubblicate poche valutazioni dell'impatto di tale tipo di interventi. La

maggior parte degli studi condotti si è concentrata sulle ragazze vittime di abuso da parte del padre (138).

Interventi giudiziari e correlati

Denuncia obbligatoria e segnalazione volontaria

La denuncia di sospetto di abuso e incuria da parte degli operatori sanitari è obbligatoria per legge in diversi stati, tra cui Argentina, Finlandia, Israele, Kirgizistan, Repubblica di Corea, Ruanda, Spagna, Sri Lanka e Stati Uniti. Nonostante ciò, il numero di paesi che possiede leggi di denuncia obbligatoria per l'abuso e l'incuria sui bambini resta limitato. Una recente indagine a livello mondiale ha osservato che, dei 58 paesi coinvolti, 33 hanno in vigore leggi che prevedono la denuncia obbligatoria e 20 leggi che prevedono la segnalazione volontaria (7).

La motivazione alla base dell'introduzione di leggi di denuncia obbligatoria consisteva nel ritenere che una precoce individuazione dell'abuso avrebbe impedito il verificarsi di gravi lesioni, migliorato la sicurezza delle vittime sollevandole dalla necessità di denunciare il fatto e avrebbe favorito il coordinamento tra la risposta giudiziaria, quella sanitaria e quella dei servizi. In Brasile esiste l'obbligo di denuncia a un "Consiglio dei guardiani" composto da cinque membri (8). I membri del Consiglio, eletti per un biennio, hanno il compito di proteggere le giovani vittime di abuso e incuria con ogni mezzo, compresi l'affido temporaneo e il ricovero in ospedale. Gli aspetti legali del problema – quali il procedimento giudiziario contro i responsabili e la revoca dei diritti dei genitori – non vengono trattati dal Consiglio.

Le leggi obbligatorie sono potenzialmente utili per la raccolta dei dati, ma non si conosce la loro efficacia per la prevenzione dei casi di abuso e incuria. I critici nei confronti di questo approccio hanno sollevato diverse obiezioni, come ad esempio quella relativa alla capacità degli enti preposti, dotati di finanziamenti limitati, di offrire effettivo aiuto ai bambini e alle loro famiglie, e se non si rischi piuttosto di provocare più danni alimentando false speranze (139).

A livello mondiale esistono diversi sistemi di denuncia su base volontaria, in paesi quali Barbados, Camerun, Croazia, Giappone, Romania e nella Repubblica di Tanzania (7). Nei Paesi Bassi, i casi sospetti di abuso sull'infanzia possono essere denunciati volontariamente a uno dei due diversi enti pubblici – il Child Care and Protection Board e il Confidential Doctor's Office. Questi due organismi hanno il compito di proteggere i bambini dall'abuso e dall'incuria e tutti e due agiscono per investigare le denunce di sospetto maltrattamento. Nessuno fornisce servizi diretti al bambino o alla famiglia, ma piuttosto li invia agli organismi in grado di fornire i servizi appropriati (140).

Servizi di protezione dei bambini

Le agenzie di protezione dei bambini investigano e forniscono le prove relative ai casi sospetti di abuso sui bambini. L'informazione iniziale può giungere da fonti diverse, tra cui personale sanitario, polizia, insegnanti e vicini di casa.

Se le indicazioni sono confermate, il personale dei servizi di protezione deve decidere il trattamento e la consulenza adeguati. Tali decisioni sono solitamente difficili, poiché è necessario trovare un equilibrio tra le varie necessità potenzialmente in competizione – quali la necessità di proteggere il bambino e il desiderio di mantenere integra una famiglia. I servizi offerti ai bambini e alle loro famiglie sono quindi profondamente diversi. Se da un lato sono state pubblicate alcune ricerche sul processo decisionale per la determinazione del trattamento adeguato così come sulle effettive imperfezioni – quali il bisogno di criteri standard specifici

per individuare le famiglie e i bambini a rischio di abuso – non è stato approfondito lo studio dell'efficacia dei servizi di protezione dei bambini per ridurre i tassi di abuso.

Gruppi incaricati della revisione dei decessi tra i bambini

Negli Stati Uniti, la progressiva consapevolezza delle gravi violenze perpetrate sui bambini ha portato all'istituzione di gruppi che analizzano i decessi infantili in diversi stati. (141). Questi gruppi multidisciplinari esaminano i decessi infantili, basandosi su dati e fonti forniti da polizia, avvocati penalisti, operatori sanitari, servizi di protezione dell'infanzia e medici legali. I ricercatori hanno osservato come sia più probabile che questi gruppi di analisti specializzati individuino i segni dell'abuso rispetto ai colleghi senza una formazione specifica. Uno degli obiettivi di tale tipo di intervento consiste, pertanto, nel migliorare l'accuratezza della classificazione dei decessi infantili.

La maggiore accuratezza della classificazione, a sua volta, può contribuire a migliorare i processi attraverso la raccolta di prove più valide. In un'analisi dei dati raccolti attraverso indagini sui decessi infantili nello Stato della Georgia, Stati Uniti (142), i ricercatori hanno osservato come i dati fossero decisamente sensibili in merito ai decessi dovuti a maltrattamento e sindrome della morte in culla. Dopo essere stato esaminato dal gruppo di revisione, il 2% dei decessi avvenuti nel corso dell'anno studiato, inizialmente non collegati ad abuso o incuria, fu riclassificato come dovuto a maltrattamento.

Tra gli altri obiettivi del gruppo di revisione vi sono la prevenzione dei decessi infantili futuri per maltrattamento, l'analisi e l'attuazione di azioni correttive e la promozione di un maggiore coordinamento delle diverse agenzie e discipline coinvolte.

Politiche relative all'arresto e all'azione penale

Le politiche della giustizia penale variano in modo notevole, e riflettono visioni diverse del ruolo del sistema giudiziario per quanto riguarda il maltrattamento sull'infanzia. La decisione di perseguire gli ipotetici responsabili di un abuso dipende da molteplici fattori, tra cui la gravità dell'abuso, la consistenza delle prove, la validità della testimonianza che potrebbe essere resa dalla vittima e l'esistenza di possibili alternative all'azione penale (143). Un'analisi dei processi penali per casi di abuso sessuale sui bambini (144) ha osservato che il 72% di 451 incriminazioni registrate su un periodo di due anni erano considerati casi di probabile abuso sessuale. Tuttavia, vennero depositate accuse formali solo per un numero di poco superiore alla metà dei casi. Secondo un altro studio relativo a incriminazioni per abuso sessuale nei confronti dei bambini (145), i giudici accettarono il 60% dei casi sottoposti.

Trattamento obbligatorio per gli aggressori

Il trattamento obbligatorio sancito dal tribunale per chi si macchia di abuso infantile rappresenta un approccio raccomandato in diversi paesi. Tra i ricercatori si discute, invece, se un trattamento imposto dal sistema giudiziario sia preferibile all'iscrizione volontaria in programmi di trattamento. Il trattamento obbligatorio deriva dalla convinzione che, in assenza di ripercussioni legali, alcuni trasgressori si opporrebbero al trattamento stesso. Dall'altro lato vi è chi sostiene che un trattamento imposto dal tribunale potrebbe in realtà creare resistenza al trattamento da parte di chi si è macchiato di un abuso e che sia fondamentale la collaborazione volontaria degli aggressori per la riuscita di un trattamento.

L'impegno a livello di comunità

Gli interventi a livello di comunità spesso si concentrano su un gruppo di popolazione specifico e vengono implementati in un contesto ben definito, ad esempio nelle scuole. Possono inoltre essere condotti su scala più ampia – su diversi segmenti di popolazione o addirittura su tutta la comunità – con il coinvolgimento di diversi settori.

Programmi scolastici

I programmi scolastici volti a prevenire l'abuso sessuale infantile rappresentano una delle strategie di prevenzione più diffuse e sono stati inseriti nel normale *curriculum* scolastico in diversi paesi. In Irlanda, ad esempio il programma Stay Safe di prevenzione primaria viene attualmente effettuato in quasi tutte le scuole primarie, con il pieno sostegno del Dipartimento dell'educazione e dei leader religiosi (146).

Questi programmi sono solitamente strutturati per insegnare ai bambini come riconoscere le situazioni a rischio e per fornire loro gli strumenti per proteggersi contro l'abuso. Alla base c'è l'idea che i bambini possiedono e possono controllare l'accesso al proprio corpo e che esistono diversi tipi di contatto fisico. Ai bambini viene insegnato come parlare a un adulto quando viene loro richiesto di fare qualcosa che li mette in imbarazzo. I programmi scolastici possono essere diversi per quanto riguarda i contenuti e la presentazione e coinvolgere anche i genitori o chi si occupa dei bambini.

Sebbene i ricercatori siano d'accordo in merito alla capacità dei bambini di sviluppare conoscenze e acquisire la capacità di proteggersi contro l'abuso, sono sorti interrogativi sulla possibilità che tali abilità vengano mantenute nel tempo e sulla loro effettiva capacità di proteggere un bambino in una situazione di abuso, soprattutto se il responsabile è una persona conosciuta e di fiducia. In una valutazione del programma irlandese Stay Safe citato prima, ad esempio, i bambini coinvolti nel programma manifestavano un miglioramento significativo delle conoscenze e delle capacità (146). Tali capacità erano ancora presenti al follow-up dopo tre mesi. Una recente meta-analisi (147) è giunta alla conclusione che i programmi di prevenzione sono abbastanza efficaci nell'insegnare ai bambini concetti e abilità legati alla protezione contro l'abuso sessuale. Gli autori hanno osservato inoltre come la ritenzione di tali informazioni sia soddisfacente. Nonostante ciò, sono giunti alla conclusione che per provare definitivamente l'efficacia di tali programmi sarebbe necessario dimostrare che le abilità acquisite si sono rivelate efficaci anche nelle situazioni di vita reale.

Campagne di prevenzione ed educazione

Le campagne di prevenzione e di educazione su ampia scala rappresentano un altro approccio alla riduzione dell'abuso e dell'incuria sui bambini. Tali interventi nascono dalla convinzione che con una maggiore consapevolezza e comprensione del fenomeno a livello di popolazione generale si determinerà una riduzione dell'abuso. Ciò si può verificare in modo diretto – i responsabili riconosceranno il proprio comportamento come errato e abusivo e cercheranno aiuto – o indiretto, grazie a una maggiore capacità di riconoscimento e di denuncia dell'abuso da parte delle vittime o di terzi.

Nel 1991-1992, nei Paesi Bassi è stata condotta una campagna multimediale (148, 149). L'obiettivo consisteva nell'aumentare la comunicazione dell'abuso, sia da parte delle vittime sia nelle persone a stretto contatto con i bambini, ad esempio gli insegnanti. La campagna comprendeva un documentario televisivo, brevi filmati e pubblicità, un programma radio e materiale stampato: poster, adesivi, opuscoli e articoli di giornale. Agli insegnanti vennero

dedicate sessioni di formazione a livello regionale. Valutando questo intervento, Hoefenagels e Baartman (149) sono giunti alla conclusione che la campagna attraverso i media aveva migliorato il grado di comunicazione, misurato tramite le percentuali di telefonate ricevute dalla linea telefonica nazionale per i bambini prima e dopo la campagna. È necessario, comunque, studiare in modo più approfondito l'effetto di tale maggiore comunicazione sulle percentuali di abuso infantile e sulla salute mentale delle vittime.

Interventi volti a modificare gli atteggiamenti e il comportamento della comunità

Un altro approccio alla prevenzione dell'abuso e dell'incuria nei confronti dei bambini consiste nell'elaborare interventi coordinati per modificare gli atteggiamenti e il comportamento della comunità, che coinvolgano diversi settori. Un esempio di tale tipo di programma è la risposta globale realizzata in Kenya (Box 3.3).

Nello Zimbabwe, il Centro di sostegno per la formazione e la ricerca ha elaborato un programma di partecipazione multisettoriale per affrontare l'abuso sessuale sui bambini (8). Il Centro ha riunito un gruppo eterogeneo di individui, tra cui alcuni professionisti, provenienti da aree rurali e urbane di tutto il paese. Sono stati utilizzati giochi di ruolo, drammatizzazioni, disegni e gruppi di discussione per esplicitare le esperienze e le percezioni relative all'abuso sessuale sui bambini e per valutare le azioni da intraprendere al fine di prevenire e individuare il problema.

Dopo questo primo stadio, il gruppo ha quindi elaborato e realizzato due programmi d'azione. Il primo, un programma scolastico studiato congiuntamente con i Ministeri dell'Educazione e della Cultura, si è occupato di formazione, costruzione di capacità ed elaborazione di materiali per psicologi scolastici, insegnanti, personale amministrativo e bambini. Il secondo riguardava un programma legale elaborato congiuntamente con il Ministero di Giustizia, Affari legali e Parlamentari. Tale programma – rivolto a infermieri, operatori delle organizzazioni non governative, polizia e altri pubblici ufficiali – riguardava corsi di formazione relativi alle modalità di trattamento dei giovani responsabili di abuso sessuale. La formazione riguardava anche il problema della creazione di tribunali attenti alle vittime per i testimoni vulnerabili. Vennero inoltre elaborate linee guida per la denuncia dell'abuso.

Approcci a livello di società

Politiche e programmi nazionali

La maggior parte degli sforzi di prevenzione nei confronti dei maltrattamenti sull'infanzia si concentra sulle vittime e sui responsabili, senza necessariamente occuparsi delle cause profonde del problema. Si ritiene, invece, che combattere con successo la povertà, elevare il grado di istruzione e le opportunità di lavoro, nonché migliorare la disponibilità e la qualità delle strutture per l'assistenza ai bambini, possano contribuire a ridurre in modo significativo le percentuali di abuso e incuria nei loro confronti. La ricerca condotta in diversi paesi dell'Europa occidentale, così come in Canada, in Colombia e in aree dell'Asia e del Pacifico, indica come la disponibilità di programmi di alta qualità per la prima infanzia possa controbilanciare le disparità sociali ed economiche e migliorare il futuro dei bambini (150). Mancano, tuttavia, evidenze del legame diretto tra la presenza di tali programmi e una riduzione dei maltrattamenti sui bambini. Studi condotti su questi programmi hanno solitamente misurato esiti quali lo sviluppo dei bambini e i risultati scolastici.

Altre politiche in grado di condizionare in modo indiretto i livelli di abuso e di incuria riguardano la salute riproduttiva. È stato suggerito come le politiche liberali sulla salute ripro-

Box 3.3 La prevenzione dell'abuso e dell'incuria nei confronti dei bambini in Kenya

Nel 1996, in Kenya venne creata una coalizione con l'obiettivo di ampliare la consapevolezza del pubblico in merito al problema dell'abuso e dell'incuria sui bambini e di migliorare l'erogazione di servizi alle vittime. Uno studio preliminare condotto in quattro zone del Kenya aveva evidenziato come l'abuso e l'incuria fossero relativamente prevalenti nel paese, ma che non esistevano sistemi di risposta organizzati. I membri della coalizione provenivano all'inizio da alcuni dei ministeri più importanti del governo, così come da organizzazioni non governative con programmi a livello di comunità. A essi si unirono in un secondo momento rappresentanti del settore privato, del sistema di polizia e giudiziario e degli ospedali di maggiori dimensioni.

Tutti i membri della coalizione ricevettero una formazione sul problema dell'abuso e dell'incuria sui bambini. Vennero creati tre gruppi di lavoro, uno responsabile della formazione, un altro responsabile dell'azione di pressione politica e il terzo responsabile della protezione dei bambini. Ogni gruppo collaborò con organismi governativi e non governativi specifici. Il gruppo sulla formazione, ad esempio, operò congiuntamente con i Ministeri dell'Educazione, della Salute, degli Affari interni e del Lavoro organizzando workshop per personale scolastico, professionisti sanitari, avvocati, operatori sociali e polizia. Il gruppo di pressione operò con il Ministero dell'Informazione e delle Trasmissioni e diverse organizzazioni non governative, producendo programmi radiofonici e televisivi e collaborando anche con la stampa nelle zone rurali.

Fatto importante, i bambini stessi vennero coinvolti nel progetto attraverso concorsi di drammaturgia, musica e scrittura. Questi vennero inizialmente gestiti a livello locale e in un secondo momento a livello distrettuale, provinciale e nazionale. Questi concorsi rappresentano attualmente un'attività regolare nell'ambito del sistema scolastico del Kenya.

La coalizione ha lavorato anche per potenziare il sistema di denuncia e di gestione dei casi di abuso e di incuria sui bambini. Ha collaborato con il Dipartimento per i bambini all'interno del Ministero degli Affari interni per la creazione di una banca dati sull'abuso e l'incuria infantile e ha partecipato alla creazione di una rete legale per i bambini abusati, il "Children Legal Action Network". Nel 1998 e nel 1999, la coalizione ha organizzato conferenze a livello nazionale e regionale per riunire ricercatori e medici operanti nel campo dell'abuso e dell'incuria sui bambini.

In seguito a tutti questi diversi sforzi, un maggior numero di cittadini del Kenya ha acquisito consapevolezza del problema, ed è stato creato un sistema per affrontare le necessità delle vittime e delle loro famiglie.

duttiva offrano alle famiglie un maggiore senso di controllo delle proprie dimensioni e ciò, a sua volta, migliori la situazione di donne e bambini. Tali politiche, ad esempio, hanno determinato una maggiore flessibilità del lavoro femminile e dell'organizzazione dei sistemi di assistenza ai bambini.

Anche la natura e la portata di tali politiche, comunque, sono importanti. Alcuni ricercatori hanno sostenuto che le politiche volte a limitare le dimensioni delle famiglie, come la politica del "figlio unico" in Cina, hanno avuto l'effetto indiretto di ridurre le percentuali di abuso e incuria nei confronti dei bambini (151), mentre altri sottolineano il maggior numero di femmine abbandonate in Cina come prova della possibilità che tali politiche in realtà aumentino l'incidenza dell'abuso.

Trattati internazionali

Nel novembre del 1989, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha votato la Convenzione dei diritti del bambino. Uno dei principi guida della Convenzione consiste nel ritenere che i

bambini siano individui con diritti uguali a quelli degli adulti. Poiché però i bambini dipendono dagli adulti, il loro punto di vista viene raramente preso in considerazione quando i governi decidono le proprie politiche. Allo stesso tempo, i bambini rappresentano spesso il gruppo più vulnerabile per quanto riguarda le attività del governo relative ad ambiente, condizioni di vita, assistenza sanitaria e nutrizione. La Convenzione dei diritti del bambino fornisce standard e obblighi ben definiti per la protezione dei bambini in tutte le nazioni firmatarie.

La Convenzione è uno dei trattati e delle convenzioni internazionali con il maggior numero di adesioni. Il suo impatto per la protezione dei bambini dall'abuso e dall'incuria, tuttavia, deve essere comunque ancora valutato appieno (Box 3.4).

Raccomandazioni

Esistono diversi importanti ambiti d'azione che devono essere presi in considerazione da governi, ricercatori, operatori dell'assistenza sanitaria e sociale, professionisti in campo educativo e legale, organizzazioni non governative e altri gruppi coinvolti nella prevenzione dell'abuso e dell'incuria sull'infanzia.

Migliorare la valutazione e il monitoraggio

I governi dovrebbero monitorare i casi di abuso e incuria e i danni da essi causati. Tale monitoraggio potrebbe consistere nella raccolta di casi, in indagini periodiche o altri metodi appropriati e potrebbe essere coadiuvato dalle istituzioni accademiche, dal sistema sanitario e dalle organizzazioni non governative. Poiché in molti paesi i professionisti non hanno ricevuto una formazione specifica in questo campo e poiché solitamente mancano programmi del governo, affidarsi alle relazioni ufficiali non è probabilmente sufficiente, nella maggior parte delle realtà, ad ampliare l'attenzione del pubblico su questo problema. Piuttosto, è probabile che vi sia la necessità di condurre periodicamente indagini di popolazione sul pubblico.

Migliorare i sistemi di risposta

È fondamentale che esistano e siano operativi dei sistemi di risposta all'abuso e all'incuria nei confronti dei bambini. Nelle Filippine, ad esempio, gli ospedali pubblici e privati offrono la prima risposta, seguita da quella del sistema della giustizia penale (152). È vitale, naturalmente, che i bambini ricevano servizi professionali e attenti a tutti i livelli. Indagini, valutazioni mediche, assistenza medica e di salute mentale, interventi familiari e servizi giudiziari devono tutti essere completamente sicuri per i bambini e le famiglie coinvolte. Nei paesi in cui vi sia una tradizione di società private di aiuto ai bambini che forniscono questi servizi, potrebbe essere necessario monitorare solo l'assistenza infantile. È tuttavia importante che i governi si facciano garanti della qualità e della disponibilità dei servizi, e li erogino quando non esistono altri enti che lo possano fare.

Elaborazione delle politiche

I governi dovrebbero assistere le agenzie locali al fine di realizzare efficaci servizi di protezione per i bambini. Si potrebbero rendere necessarie nuove politiche per:

- garantire una forza lavoro bene addestrata;
- elaborare risposte che utilizzano un'ampia gamma di discipline;
- offrire sistemazioni assistenziali alternative ai bambini;
- garantire l'accesso alle risorse sanitarie;
- offrire risorse alle famiglie.

Box 3.4 La Convenzione sui diritti dei bambini

La Convenzione sui diritti dei bambini stabilisce e sollecita al rispetto per i diritti umani dei bambini. In particolare, l'articolo 19 esige azioni legislative, amministrative, sociali ed educative per proteggere i bambini da qualsiasi forma di violenza, compresi abuso e incuria.

È difficile, tuttavia, valutare con precisione l'impatto della Convenzione sui livelli di abuso infantile. La maggior parte dei paesi inserisce la protezione dei bambini dalla violenza nel diritto di famiglia, rendendo difficile l'estrapolazione di informazioni dettagliate sui miglioramenti compiuti dai paesi firmatari della Convenzione nella prevenzione dell'abuso sull'infanzia. Inoltre, nessuno studio globale ha cercato di determinare in modo specifico l'impatto della Convenzione sulla prevenzione dell'abuso.

Nondimeno, la Convenzione ha stimolato la riforma giudiziaria e l'istituzione di organismi istituzionali che sorvegliano i problemi che riguardano i bambini. In America latina, una regione che ha agito da pioniera nel processo globale di ratifica della Convenzione e della conseguente riforma legislativa, i parlamenti nazionali hanno ratificato leggi che affermano come i bambini debbano essere protetti dalle situazioni di rischio, tra cui incuria, violenza e sfruttamento. Inserire la Convenzione nella legge dello Stato ha portato al riconoscimento ufficiale del ruolo chiave della famiglia per l'assistenza e lo sviluppo dei bambini. Nel caso dell'abuso, si è passati dall'inserimento dei bambini vittime di abuso in strutture specifiche a delle politiche che prevedono un maggiore sostegno alla famiglia e la rimozione dei responsabili dell'abuso dall'ambiente familiare.

In Europa, la Polonia è uno dei paesi che hanno inserito i principi della Convenzione nelle proprie leggi. Gli organismi governativi a livello locale in questo stato hanno attualmente la responsabilità di fornire aiuto sociale, psichiatrico e legale ai bambini. Per quanto riguarda l'Africa, anche il Ghana ha migliorato il proprio codice penale, aumentando le pene per stupro e molestia e abolendo la possibilità di estinguere con sanzioni pecuniarie i crimini che riguardano la violenza sessuale. Il governo ha inoltre condotto delle campagne educative su questioni relative ai diritti dei bambini, compreso l'abuso.

Solo alcuni paesi, comunque, contemplan provvedimenti legali per tutte le forme di violenza contro i bambini. Oltre a ciò, la mancanza di coordinamento tra i diversi dipartimenti del governo e tra le autorità a livello nazionale e locale, così come altri fattori, è responsabile dell'implementazione spesso frammentaria delle misure che sono state ratificate. In Ecuador, ad esempio, è stato istituito un organismo nazionale per proteggere i minori, ma è necessaria una riforma del sistema di protezione dei bambini prima che sia possibile rendere effettivi i loro diritti. Nel Ghana, le riforme legali hanno prodotto solamente un effetto limitato, poiché mancano le risorse economiche necessarie per diffondere le informazioni e fornire una formazione adeguata.

Le organizzazioni non governative si sono impegnate a fondo per i diritti dei bambini e hanno condotto campagne per sostenere la Convenzione. Organismi di protezione dei bambini in diversi paesi, tra cui Gambia, Pakistan e Perù, hanno utilizzato la Convenzione per giustificare richieste di maggiori investimenti statali nella protezione dei bambini e per un maggiore coinvolgimento statale e privato nella prevenzione dell'abuso sui bambini. In Pakistan, ad esempio, la coalizione per i diritti dei bambini opera nella provincia di frontiera del nord-ovest, formando nell'ambito della comunità attivisti sui diritti dei bambini e conducendo ricerche su questioni quali l'abuso infantile; utilizzando i propri risultati e la struttura legale della Convenzione, cerca di sensibilizzare altre organizzazioni a livello di comunità al problema dell'abuso.

È necessario che un numero maggiore di paesi inserisca i diritti dei bambini nelle proprie politiche sociali ed esiga che le istituzioni pubbliche a livello locale le mettano in pratica. Si sente inoltre l'esigenza di dati specifici sulla violenza contro i bambini e sugli interventi che si occupano di questo problema, al fine di monitorare i programmi esistenti e di implementarne di nuovi in modo efficace.

Un altro elemento che ha bisogno di considerazione è l'atteggiamento del sistema giudiziario nei confronti delle vittime di abuso. Alcuni paesi hanno destinato risorse al miglioramento dei tribunali per i minori, elaborando modalità che riducono il più possibile la necessità di testimonianza da parte dei bambini, e garantendo la presenza in aula di persone che sostengano il bambino quando la sua testimonianza non può essere evitata.

Migliorare la qualità dei dati

La mancanza di dati validi sulle dimensioni e le conseguenze dell'abuso e dell'incuria ha impedito l'elaborazione di adeguate risposte nella maggior parte del mondo. Senza informazioni valide a livello locale, è inoltre difficile migliorare la consapevolezza dell'abuso e dell'incuria e sviluppare la capacità di affrontare il problema nell'ambito dell'assistenza sanitaria nonché dei servizi legali e sociali. Se da un lato è fondamentale uno studio sistematico del problema all'interno di ogni singolo paese, i ricercatori dovrebbero anche essere incoraggiati a utilizzare le tecniche di misurazione già utilizzate con successo in altre situazioni, per ottenere confronti significativi tra le diverse culture e analizzare le ragioni che sottendono le differenze tra i diversi paesi.

Incrementare la ricerca

Metodi disciplinari

È necessario studiare in modo più approfondito le differenze tra le diverse culture nella definizione delle modalità accettabili di punizione. Modelli di variazioni culturali nella disciplina nei confronti dei bambini possono aiutare tutti i paesi a elaborare valide definizioni di abuso e a occuparsi dei problemi relativi alle differenze culturali all'interno dei singoli paesi. Tali differenze potrebbero rappresentare la ragione nascosta di alcune delle insolite manifestazioni di abuso descritte nella letteratura medica (153). Alcuni dei dati sopra citati indicano la probabile esistenza di un accordo più diffuso rispetto al passato tra le diverse culture sulle pratiche disciplinari che si ritengono inaccettabili o abusive. È comunque necessario approfondire la ricerca per ampliare ulteriormente la possibilità di raggiungere un consenso più ampio sulle punizioni più severe.

Incuria

È fondamentale studiare ulteriormente il problema dell'incuria nei confronti dei bambini. Poiché si tratta di un problema strettamente associato a bassi livelli di istruzione e basso reddito, è importante saper distinguere l'incuria da parte dei genitori dalle privazioni dovute alla povertà.

Fattori di rischio

Sembra che molti fattori operino secondo modalità simili in tutte le realtà. Tuttavia ne esistono alcuni, che hanno bisogno di ulteriore approfondimento, che apparentemente dipendono dalla cultura. Se da un lato si delinea chiaramente un'associazione tra il rischio di abuso e l'età del bambino, dall'altro si nota come le percentuali più elevate di abuso fisico corrispondano a età diverse nei vari paesi. Questo fenomeno ha bisogno di essere studiato più a fondo. In particolare, è necessario comprendere meglio le diverse aspettative dei genitori in relazione al comportamento dei figli, così come il ruolo delle caratteristiche del bambino nel verificarsi dell'abuso.

Anche altri fattori che sono stati indicati come possibili elementi di rischio o di protezione per l'abuso – tra cui stress, capitale sociale, sostegno sociale, disponibilità di una famiglia allargata per aiutare nella cura dei figli, violenza domestica e abuso di sostanze – richiedono un approfondimento.

È altrettanto necessaria una maggiore comprensione dei meccanismi in base ai quali fattori sociali, culturali ed economici più generali condizionano la vita della famiglia. Si ritiene che tali forze interagiscano con i fattori individuali e familiari nella creazione di modelli di comportamento coercitivi e violenti. La maggior parte di tali fattori, tuttavia, è stata ampiamente trascurata dagli studi sui maltrattamenti infantili.

Documentare le risposte efficaci

Sono stati condotti relativamente pochi studi sull'efficacia delle risposte volte a prevenire l'abuso e l'incuria. Vi è quindi la pressante necessità, sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo, di una seria valutazione di molte delle risposte di prevenzione descritte. Altri interventi dovrebbero essere valutati in relazione alla loro potenzialità di prevenzione dell'abuso – ad esempio, contributi economici di sostegno per i figli, congedo materno o paterno retribuito nonché programmi per la prima infanzia. Si dovrebbero inoltre elaborare e sperimentare nuovi approcci, soprattutto nell'ambito della prevenzione primaria.

Migliorare la formazione e l'istruzione per i professionisti

I professionisti che operano nell'ambito della salute e dell'educazione hanno una responsabilità particolare. I ricercatori nel campo della medicina e della salute pubblica devono possedere la capacità di elaborare e condurre ricerche sull'abuso. I piani di studio degli studenti di medicina e di scienze infermieristiche, i programmi degli studi superiori in scienze sociali e comportamentali nonché i programmi di formazione per gli insegnanti dovrebbero tutti comprendere lo studio dell'abuso infantile e l'elaborazione di risposte pertinenti all'interno delle organizzazioni. I professionisti responsabili di tutti questi campi dovrebbero operare attivamente per attirare risorse e rendere possibile l'implementazione adeguata di tali piani di studio.

Conclusioni

L'abuso sui bambini rappresenta un grave problema di salute a livello globale. Sebbene la maggior parte degli studi che se ne occupano sia stata condotta nei paesi industrializzati, è assolutamente provato che il fenomeno è comune a tutto il mondo.

È possibile ed è necessario agire con decisione ancora maggiore per risolvere questo problema. In molti paesi, il riconoscimento dell'abuso infantile tra il pubblico o i professionisti sanitari è scarso. L'individuazione e la consapevolezza del problema, anche se elementi essenziali per una prevenzione efficace, rappresentano solamente una parte della soluzione. L'impegno e le politiche di prevenzione si devono rivolgere direttamente ai bambini, a chi li segue e agli ambienti in cui vivono per prevenire gli abusi e per trattare in modo efficace i casi di abuso e incuria quando si verificano. Per questo problema viene richiesto l'impegno concordato e concertato di un'ampia gamma di settori, e i ricercatori e gli operatori della sanità pubblica possono ricoprire un ruolo chiave guidando e aiutando tale processo.

Bibliografia

1. Ten Benschel RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997:3–28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181:17–24.
3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability, and deviance. In: Henderson GE et al., eds. *The social medicine reader*. Durham, NC, Duke University Press, 1997:6–11.

4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15:67–77.
5. Facchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padua, Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC, National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999*, WHO, Geneva. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
9. Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41:75–88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. In: Kantor K et al., eds. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:119–135.
12. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent–Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249–270.
13. Straus MA, Gelles RJ, eds. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1990.
14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23–33.
15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259–268.
16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:265–277.
17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959–973.
18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467–516.
19. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517–543.
20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543–1555.
21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233–247.
22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80:7–14.
23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47–80.
24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für r Kriminologie*, 1999, 204:75–87.
25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104:168–177.
26. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169–179.

27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, CT, Yale University Press, 1992.
28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. [The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal.] *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557–1565.
29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbricolage d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. [The problems of sexually abused children in Africa, or the imbricolage of a twin paradox: the example of Cameroon.] *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:109–121.
30. Oral R et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:279–290.
31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:667–675.
32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse: a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1275–1293.
33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:493–498.
34. Browne K et al. *Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:837–847.
36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1355–1364.
37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26:129–139.
38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:489–498.
39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent–child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839–853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435–447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163–1173.
42. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90:157–161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381–391.
44. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409–417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31–53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse: an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York, NY, Basic Books, 1986.

50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:257–267.
51. Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya. Nairobi, African Network for the Prevention and Protection against *Child Abuse and Neglect*, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70:688–692.
53. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
54. Troemé NH, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
56. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35:320–335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:339–362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61:629–635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstance, childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219–239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
61. *Equality, development and peace*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2000.
62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114:380–384.
63. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:647–653.
64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of schoolchildren in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077–1082.
65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
67. Kleven J, Bayo'n MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.
69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children: a human rights perspective*. Bloomington, IN, Indiana University Press, 1999.
70. MacIntyre D, Carr A. *The epidemiology of child sexual abuse*. Journal of Child Centred Practice, 1999:57–86.
71. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. London, Sage, 1986.
72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
73. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84:1481–1489.
75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the “Children of the Nineties”: a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.

76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:150–157.
77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1047–1059.
78. Larrain S, Vega J, Delgado I. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. [Family relations and child abuse.] Santiago, United Nations Children's Fund, 1997.
79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. *Family violence against children in Addis Ababa*. Addis Ababa, African Network for the Prevention of and Protection against Child Abuse and Neglect, 1999.
80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997.
81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:197–208.
82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356:814–819.
83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106:3–28.
84. Children's Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. London, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:907–920.
88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5:218–226.
89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.
90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66:1262–1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019–1040.
92. McLloyd VC. The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61:311–346.
93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12:1509–1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday's child: research into women's experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. London, Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma: theory and treatment of lasting effects*. London, Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:549–557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365–1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: a North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 8:107–116.
99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1652–1658.
100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.

101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42:1397–1404.
102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:123–156.
103. Wattam C, Woodward C. "... And do I abuse my children? No!" Learning about prevention from people who have experienced child abuse. In: *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 2. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 1. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78:65–78.
106. Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637–643.
107. The David and Lucile Packard Foundation. Home visiting: recent program evaluations. *The Future of Children*, 1999, 9:1–223.
108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:1451–1458.
109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:40–47.
110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:271–283.
111. Kinney J et al. The homebuilder's model. In: Whittaker JK et al. *Reaching high-risk families: intensive family preservation in human services. Modern applications of social work*. New York, NY, Aldine de Gruyter, 1990:31–64.
112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1127–1149.
113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:273–278.
114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:159–169.
115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1461–1470.
116. *Child maltreatment*. Washington, DC, American Medical Association, updated periodically (available on the Internet at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html>).
117. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186–191.
118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63–69.
119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105–108.
120. LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Santé Publique*, 1998, 10:305–310.
121. Díaz Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, 52:548–553.
122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds.

- Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207–286.
123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23–45.
 124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481–491.
 125. Giardino AP, Brayden RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331–336.
 126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463–473.
 127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34–39.
 128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408–1423.
 129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218–228.
 130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468–473.
 131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156–175.
 132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122–132.
 133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745–758.
 134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. In: Lystad M, ed. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Philadelphia, PA, Brunner/Mazel, 1986:193–216.
 135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1986, 18:356–380.
 136. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295–306.
 137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089–3096.
 138. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1–12.
 139. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
 140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? In: Gilbert N, ed. *Combating child abuse: international perspectives and trends*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:192–211.
 141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172–3175.
 142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414–419.
 143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
 144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:457–464.
 145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1431–1442.

146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1307–1325.
147. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:975–987.
148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1091–1101.
149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure: the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:557–573.
150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94–114.
151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy: the good, the bad, and the ugly. *British Medical Journal*, 1997, 314:1685–1689.
152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. *The Philippines WorldSAFE Study (Final report)*. Manila, International Clinical Epidemiology Network, 2000.
153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:453–466.

4. La violenza da parte del partner

Background

Una delle forme più comuni di violenza contro le donne è rappresentata da quella perpetrata dal marito o dal partner. Si tratta di una situazione decisamente contraria rispetto a quanto accade agli uomini, i quali solitamente sono attaccati da uno sconosciuto o da un conoscente piuttosto che da qualcuno che appartiene alla sfera delle relazioni più strette (1-5). Il fatto che le donne siano spesso affettivamente coinvolte ed economicamente dipendenti da coloro che ne abusano presenta notevoli implicazioni sia per la dinamica dell'abuso sia per gli approcci nella gestione dello stesso.

La violenza da parte del partner si verifica in tutti i paesi, a prescindere dal gruppo sociale, economico, religioso o culturale. Sebbene le donne possano essere violente nelle relazioni con gli uomini, e la violenza si ritrovi talvolta nelle relazioni con partner dello stesso sesso, l'insopportabile carico della violenza all'interno della coppia è sostenuto dalle donne per mano degli uomini (6, 7). Per questo motivo, il presente capitolo tratterà il problema della violenza maschile nei confronti delle partner di sesso femminile.

Le organizzazioni femminili in tutto il mondo hanno concentrato a lungo l'attenzione sulla violenza contro le donne e sulla violenza all'interno della coppia in particolare. Grazie ai loro sforzi, la violenza contro le donne è divenuta attualmente un problema di interesse internazionale. Inizialmente vissuta come una questione di diritti umani, la violenza nella coppia è sempre più frequentemente considerata un problema di salute pubblica.

Le dimensioni del problema

Per violenza contro il partner si intende qualsiasi comportamento all'interno della relazione di coppia che provochi danno fisico, psicologico o sessuale ai soggetti della relazione. Tali comportamenti comprendono:

- Atti di aggressione fisica: schiaffi, pugni, calci e percosse.
- Abuso psicologico: intimidazione, svalutazione e umiliazione costanti.
- Rapporti sessuali forzati e altre forme di coercizione sessuale.
- Diversi atteggiamenti di controllo: isolare una persona dalla sua famiglia d'origine e dagli amici, controllarne i movimenti e limitare le sue possibilità di accesso a informazioni o assistenza.

Quando l'abuso viene ripetutamente perpetrato nell'ambito della stessa relazione, si parla spesso di "maltrattamento".

In 48 studi di popolazione condotte in tutto il mondo, una percentuale compresa tra il 10% e il 69% delle donne ha dichiarato di aver subito un abuso fisico da parte del partner almeno una volta nella vita (Tabella 4.1). La percentuale di donne aggredite dal partner nei 12 mesi precedenti variava dal 3% o meno in Australia, Canada e Stati Uniti, al 27% delle donne di León, Nicaragua, al 38% delle donne sposate nella Repubblica di Corea e al 52% delle donne palestinesi sposate nei territori occidentali e nella striscia di Gaza. Per molte di queste donne, l'aggressione fisica non rappresentava un evento isolato ma faceva parte di una modalità continua di comportamento abusivo.

Tabella 4.1 Aggressione fisica alle donne da parte del partner maschio, studi selezionati di popolazione, 1982-1999

Paese o area	Anno dello studio	Copertura	Campione		Proporzione delle donne che hanno subito un'aggressione fisica da parte del partner (%)		
			Dimensioni	Popolazione ^(a)	Eta (anni)	Nel corso dei precedenti 12 mesi	Nell'attuale relazione
Africa							
Etiopia	1995	Meskanena Woreda	673	II	≥ 15	10 ^(b)	45
Kenya	1984-1987	Distretto di Kisii	612	VI	≥ 15		42
Nigeria	1993	Non calcolato	1.000	I	—		31 ^(c)
Sudafrica	1998	Capo orientale	396	III	18-49	11	27
		Mpumalanga	419	III	18-49	12	28
		Provincia settentrionale	464	III	18-49	5	19
		Nazionale	10.190	III	15-49	6	13
Zimbabwe	1996	Midlands	966	I	≥ 18		17 ^(d)
America latina e Caraibi							
Antigua	1990	Nazionale	97	I	29-45		30 ^(d)
Barbados	1990	Nazionale	264	I	20-45		30 ^(c,e)
Bolivia	1998	Tre distretti	289	I	≥ 20	17 ^(c)	
Cile	1993	Santiago provincia	1.000	II	22-55		26/11 ^(f)
	1997	Santiago	310	II	15-49	23	
Colombia	1995	Nazionale	6.097	II	15-49		19
Messico	1996	Guadalajara	650	III	≥ 15		27
		Monterrey	1.064	III	≥ 15		17
Nicaragua	1995	León	360	III	15-49	27/70 ^(f)	52/37 ^(f)
	1997	Managua	378	III	15-49	33/28	69
Paraguay	1995-1996	Nazionale	8.507	III	15-49	12/8 ^(f)	28/21 ^(f)
		Nazionale, eccetto la regione di Chaco	5.940	III	15-49		10
Perù	1997	Lima area metropolitana (medio e basso reddito)	359	II	17-55	31	
Portorico	1995-1996	Nazionale	4.755	III	15-49		13 ^(g)
		Due regioni	545	II ^(h)	22-55	10 ^(e)	
Uruguay	1997						

Tabella 4.1 (continua)

Paese o area	Anno dello studio	Copertura	Campione		Proporzione delle donne che hanno subito un'aggressione fisica da parte del partner (%)			
			Dimensioni	Popolazione ^(a)	Eta (anni)	Nel corso dei precedenti 12 mesi	Nell'attuale relazione	In generale
America del Nord								
Canada	1991-1992	Toronto	420	I	18-64		27 ^(c)	
	1993	Nazionale	12.300	I	≥ 18	3 ^(d,e)	29 ^(d,e)	
	1995-1996	Nazionale	8.000	I	≥ 18	1,3 ^(c)	22 ^(c)	
Asia e Pacifico occidentale								
Australia	1996	Nazionale	6.300	I	—	3 ^(d)	8 ^(d)	
Bangladesh	1992	Nazionale (villaggi)	1.225	II	< 50	19	47	
	1993	Due regioni rurali	10.368	II	15-49			
Cambogia	1996	Sei regioni	1.374	III	—		16	
	1993-1994	Tamil Nadu	859	II	15-39		37	
India	1993-1994	Uttar Pradesh	983	II	15-39		45	
	1995-1996	Uttar Pradesh, cinque distretti	6.695	IV	15-65		30	
Papua Nuova Guinea	1998-1999	Nazionale	89.199	III	15-49	11 ⁽ⁱ⁾	19 ⁽ⁱ⁾	
	1999	Sei stati	9.938	III	15-49	14	40/26	
	1982	Nazionale, villaggi rurali	628	III ^(h)	—		67	
	1984	Port Moresby	298	III ^(h)	—		56	
	1993	Nazionale	8.481	V	15-49		10	
Filippine	1998	Cagayan de Oro City e Provincia di Bukidnon	1.660	II	15-49		26 ⁽ⁱ⁾	
Repubblica di Corea	1989	Nazionale	707	II	≥ 20	38/12 ^(f)		
	1994	Bangkok	619	IV	—		20	

(segue)

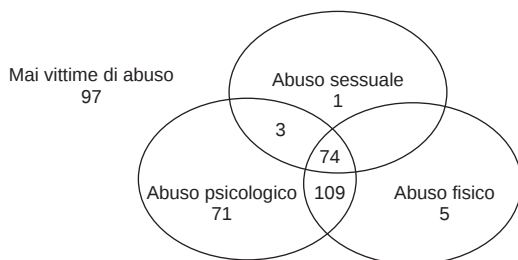
Tabella 4.1 (continua)

Paese o area	Anno dello studio	Copertura	Campione		Proporzione delle donne che hanno subito un'aggressione fisica da parte del partner (%)		
			Dimensioni	Popolazione ^(a)	Eta (anni)	Nel corso dei precedenti 12 mesi	Nell'attuale relazione
Europa							
Paesi Bassi	1986	Nazionale	989	I	20-60		21/11 ^(c, f)
Norvegia	1989	Trondheim	111	III	20-49		18
Repubblica di Moldavia	1997	Nazionale	4.790	III	15-44	≥ 7	≥ 14
Svizzera	1994-1996	Nazionale	1.500	II	20-60	6 ^(c)	21 ^(c)
Turchia	1998	Anatolia orientale e sud-orientale	599	I	14-75		58 ^(c)
Regno Unito	1993	Nord Londra	430	I	≥ 16	12 ^(c)	30 ^(c)
Mediterraneo orientale							
Egitto	1995-1996	Nazionale	7.121	III	15-49	16 ^(b)	34 ^(g)
Israele	1997	Popolazione araba	1.826	II	19-67	32	
Territori occidentali e striscia di Gaza	1994	Popolazione palestinese	2.410	II	17-65	52/37 ^(f)	

Fonte: referenza 6, riprodotta con l'autorizzazione dell'editore.

- Popolazione dello studio: I: tutte le donne; II: donne attualmente coniugate/con partner; III: donne coniugate/con partner in generale; IV: uomini sposati che dichiarano di usare la violenza contro le proprie mogli; V: donne con gravidanza come esito; VI: donne sposate-metà con gravidanza come esito, metà senza.
- Negli ultimi tre mesi.
- Il campione comprendeva donne che non avevano mai avuto un partner e quindi non erano mai state esposte al rischio di violenza.
- Sebbene il campione includeva tutte le donne, il tasso di abuso riguarda le donne sposate/con un partner in generale (non viene fornito il numero).
- Aggressione fisica o sessuale.
- Qualsiasi abuso fisico/solo abuso fisico grave.
- Tasso di abuso da parte del partner per le donne sposate/con partner in generale ricalcolato dai dati dell'autore.
- Utilizzate tecniche di campionamento non-random.
- Comprende l'aggressione da parte di altri.
- Il responsabile potrebbe essere un membro della famiglia o un amico intimo.

Figura 4.1 **Sovrapposizione tra abuso sessuale, fisico e psicologico vissuto dalle donne a León, Nicaragua (N = 360 donne con partner)**



Fonte: referencia 9.

La ricerca indica come la violenza fisica nelle relazioni di coppia sia spesso accompagnata da abuso psicologico e, in un numero di casi variabile da un terzo a più di metà, da abuso sessuale (3, 8-10). In un gruppo di 613 donne giapponesi vittime di abuso, ad esempio, il 57% aveva subito tutti e tre i tipi di abuso – fisico, psicologico e sessuale. Una percentuale inferiore al 10% di queste donne aveva subito solamente un abuso fisico (8). Analogamente, a Monterrey, in Messico, il 52% delle donne aggredite fisicamente aveva subito anche un abuso sessuale da parte del partner (11). La Figura 4.1 illustra graficamente la sovrapposizione tra i diversi tipi di abuso nelle donne a León, Nicaragua.

La maggior parte delle donne oggetto di aggressione fisica solitamente è vittima di diversi episodi di aggressione nel tempo. Nello studio relativo a León, ad esempio, il 60% delle donne abusate nell'anno precedente era stato aggredito più di una volta e il 20% aveva subito un atto di violenza grave più di sei volte. Tra le donne che avevano dichiarato un'aggressione fisica, il 70% aveva riferito di un abuso grave (12). Il numero medio di aggressioni fisiche nel corso dell'anno precedente tra le donne che riferivano una situazione di abuso, in base a un'indagine condotta a Londra, in Inghilterra, era di 7 episodi (13), mentre negli Stati Uniti, in uno studio condotto a livello nazionale nel 1996, era di 3 episodi (5).

Solitamente nella stessa relazione coesistono diversi tipi di abuso. Tuttavia, gli studi di prevalenza della violenza domestica rappresentano un'area di ricerca nuova e non sono ancora generalmente disponibili dati sui diversi tipi di violenza nella coppia, a parte quelli relativi alla violenza fisica. I numeri della Tabella 4.1, quindi, si riferiscono esclusivamente alle aggressioni fisiche. Anche così, comunque, a causa di differenze metodologiche, i dati di questi studi validi non sono direttamente confrontabili. Le stime di abuso riferite sono estremamente sensibili alle particolari definizioni utilizzate, al modo in cui le domande sono poste, al livello di riservatezza con cui vengono condotte le interviste e alla natura della popolazione oggetto dello studio (14) (Box 4.1). Le differenze tra i paesi, quindi – soprattutto quelle relativamente piccole – possono riflettere delle variazioni metodologiche piuttosto che reali differenze dei tassi di prevalenza.

Misurare la violenza da parte del partner

Nelle indagini sulla violenza del partner, alle donne viene solitamente chiesto se hanno mai subito un abuso in base a una lista di atti di aggressione specifici, che comprendono schiaffi o

Box 4.1 Migliorare la comparabilità dei dati sulla violenza da parte del partner

Diversi fattori condizionano la qualità e la comparabilità dei dati sulla violenza da parte del partner, tra cui:

- incoerenze nel modo in cui la violenza e l'abuso vengono definiti;
- diversità dei criteri di selezione per i partecipanti allo studio;
- differenze dovute alle fonti dei dati;
- disponibilità di chi risponde al questionario di parlare apertamente e onestamente delle esperienze di violenza.

A causa di questi fattori, la maggior parte dei dati di prevalenza sulla violenza da parte del partner contenuti in studi diversi non possono essere direttamente confrontati. Non tutti gli studi, ad esempio, separano i diversi tipi di violenza, così che non è sempre possibile distinguere gli atti di violenza fisica, sessuale e psicologica. Alcuni studi esaminano solamente gli atti di violenza degli ultimi 12 mesi o 5 anni, mentre altri considerano tutta la vita.

Esiste inoltre una notevole diversità tra le popolazioni di studio utilizzate per la ricerca. Molti studi sulla violenza nella coppia comprendono tutte le donne all'interno di uno specifico intervallo di età, mentre altri intervistano esclusivamente donne sposate al momento dello studio o in precedenza. Sia l'età sia lo stato coniugale sono associati al rischio che una donna corre di rimanere vittima di un abuso da parte del partner. I criteri di selezione dei partecipanti possono pertanto condizionare in modo considerevole le stime della prevalenza dell'abuso in una popolazione.

È inoltre probabile che tali stime cambino in base alla fonte dei dati. Molti studi a livello nazionale hanno prodotto stime di prevalenza della violenza nella coppia – stime che sono solitamente inferiori a quelle ottenute da studi approfonditi più ristretti sull'esperienza delle donne nei confronti della violenza. Questi piccoli studi approfonditi tendono a concentrarsi maggiormente sull'interazione tra intervistatore e intervistati. Tendono anche ad analizzare il problema in modo più dettagliato rispetto alla maggior parte degli studi a livello nazionale. Le stime di prevalenza tra i due tipi di studio possono inoltre essere diverse a causa di alcuni dei fattori precedentemente citati – tra cui le differenze nella popolazione oggetto di studio e le definizioni di violenza.

Migliorare la disponibilità a parlare dell'esperienza

Tutti gli studi relativi a questioni sensibili quali la violenza devono affrontare un problema: come ottenere la collaborazione delle persone rispetto ad aspetti intimi della loro vita. Il successo dipenderà in parte dal modo in cui le domande sono impostate e poste, così come dal grado di benessere degli intervistati durante l'indagine. Questo benessere dipende da fattori quali il sesso dell'intervistatore, la lunghezza dell'intervista, la presenza di altre persone, nonché il grado di interesse e l'atteggiamento imparziale dell'intervistatore.

Diverse sono le strategie che possono migliorare l'apertura. Esse comprendono:

- Offrire all'intervistato nel corso dell'intervista diverse opportunità per confidare la violenza.
- Utilizzare domande specifiche dal punto di vista comportamentale, piuttosto che domande soggettive quali "Ha mai subito un abuso?".
- Selezionare accuratamente gli intervistatori e abituarli a interagire in modo positivo con gli intervistati.
- Fornire sostegno agli intervistati, per evitare ritorsioni da parte del partner abusivo o di membri della famiglia.

Nelle strategie volte al miglioramento della ricerca sulla violenza è sempre necessario considerare con attenzione la sicurezza degli intervistati e di chi conduce l'intervista.

L'OMS ha recentemente pubblicato linee guida che trattano questioni etiche e di sicurezza nell'ambito della ricerca sulla violenza contro le donne (15). Attualmente si stanno elaborando delle linee guida per definire e misurare la violenza del partner e le aggressioni sessuali al fine di migliorare la comparabilità dei dati. Alcune di queste linee guida sono già disponibili (16) (vedere anche il Capitolo sulle Fonti internet, Parte seconda).

percosse, calci, pestaggi o minacce con un'arma. La ricerca ha mostrato come domande specifiche sul comportamento, come "È mai stata costretta ad avere un rapporto sessuale contro la sua volontà?", determinano percentuali di risposte positive maggiori rispetto a domande in cui si usa il termine "abusata" o "stuprata" (17). Tali domande specifiche sul comportamento permettono inoltre ai ricercatori di misurare accuratamente la gravità e la frequenza relativa dell'abuso subito. Gli atti fisici di gravità superiore a schiaffeggiare, spingere o lanciare oggetti contro una persona sono solitamente definiti negli studi "violenza grave", sebbene alcuni osservatori mettano in discussione una definizione di gravità basata esclusivamente sull'atto (18).

Concentrare l'attenzione solamente su quest'ultimo può nascondere l'atmosfera di terrore che talvolta permea le relazioni violente. In un'indagine condotta a livello nazionale in Canada sulla violenza contro le donne, ad esempio, un terzo di tutte le donne aggredite fisicamente dal partner ha dichiarato di aver temuto per la propria vita almeno in un momento nel corso della relazione (19). Sebbene gli studi internazionali si siano concentrati sulla violenza fisica, poiché è più facilmente teorizzata e misurata, gli studi qualitativi suggeriscono come alcune donne considerino l'abuso e la degradazione psicologica ancora più intollerabili della violenza fisica (1, 20, 21).

Violenza da parte del partner e omicidio

I dati relativi a un ampio numero di paesi suggeriscono che la violenza del partner è alla base di un elevato numero di morti per omicidio tra le donne. Studi condotti in Australia, Canada, Israele, Sudafrica e Stati Uniti mostrano come il 40-70% delle donne vittime di omicidio sia stato ucciso dal marito o dal compagno, frequentemente nell'ambito di una relazione caratterizzata da abuso (22-25). Ciò è in netto contrasto con la situazione degli uomini vittime di omicidio. Negli Stati Uniti, ad esempio, solo il 4% degli uomini assassinati tra il 1976 e il 1996 era stato ucciso da mogli, ex mogli o compagne (26). In Australia tra il 1989 e il 1996 la percentuale era dell'8,6% (27).

I fattori culturali e la disponibilità di armi definiscono i profili degli omicidi dei partner nei diversi paesi. Negli Stati Uniti le donne vengono uccise più frequentemente con armi da fuoco che con tutti gli altri tipi di armi insieme (28). In India, le armi sono rare ma le percosse e la morte dovuta al fuoco sono comuni. Un comportamento frequente consiste nel cospargere la donna di cherosene e poi dichiarare che si è trattato di un "incidente domestico". Gli operatori sanitari pubblici indiani sospettano che diversi omicidi di donne siano nascosti nelle statistiche ufficiali come "ustioni accidentali". Uno studio condotto a metà degli anni ottanta ha osservato che tra le donne di età compresa tra 15 e 44 anni a Bombay e in altre aree urbane dello Stato di Maharashtra, una morte su cinque era attribuita a "ustioni accidentali" (29).

Il concetto tradizionale di onore maschile

In diversi luoghi il concetto di onore maschile e di castità femminile mettono a rischio le donne (vedere anche Capitolo 6, Parte seconda). In alcune parti del Mediterraneo orientale, ad esempio, l'onore di un uomo è spesso legato alla "purezza" sessuale percepita delle donne della sua famiglia. Se una donna è sessualmente "macchiata" – a causa di uno stupro o perché ha avuto volontariamente rapporti sessuali al di fuori del matrimonio – si ritiene che essa disonori tutta la famiglia. In alcune società l'unico modo per riscattare l'onore familiare è l'uccisione della donna o della ragazza "colpevole di offesa". Uno studio relativo alle morti femminili per omicidio condotto ad Alessandria, in Egitto, ha riscontrato come il 47% delle donne erano state uccise da un parente dopo essere state violentate (30).

Le dinamiche della violenza da parte del partner

Ricerche recenti condotte nei paesi industrializzati hanno evidenziato come le forme di violenza da parte del partner non siano uguali in tutte le coppie che vivono una situazione di conflitto. Sembra esistano almeno due modelli (31, 32):

- Una forma di violenza progressiva caratterizzata da molteplici forme di abuso, terrore e minacce, nonché da un atteggiamento possessivo e di controllo sempre maggiore da parte dell'abusante.
- Una forma più moderata di violenza all'interno della relazione in cui frustrazione e rabbia continue sfociano occasionalmente in aggressione fisica.

I ricercatori ipotizzano che le indagini di popolazione siano più adatte a individuare il secondo tipo di violenza, più moderata – chiamata anche “violenza della coppia normale” – piuttosto che il tipo più grave di abuso, noto come “maltrattamento”. Ciò può essere d'aiuto per spiegare il motivo per cui le indagini di popolazione nei paesi industrializzati trovano una sostanziale evidenza di aggressione fisica compiuta da donne, anche se la netta maggioranza delle vittime che vengono seguite da chi fornisce assistenza (nei centri di accoglienza, ad esempio), dalla polizia o dai tribunali è rappresentata da donne. Sebbene nei paesi industrializzati esistano prove del fatto che le donne commettono atti di violenza comune nella coppia, vi sono poche indicazioni della loro responsabilità di episodi di violenza grave e progressiva nei confronti degli uomini pari a quelli di cui sono vittime le donne picchiate osservate nei casi clinici (32, 33).

Analogamente, la ricerca suggerisce come le conseguenze della violenza sul partner siano diverse sugli uomini e sulle donne e così anche le motivazioni che ne sono alla base. Studi condotti in Canada e negli Stati Uniti hanno mostrato come sia molto più probabile che le donne vengano ferite durante un episodio di violenza da parte del partner rispetto a quanto accade quando la vittima della violenza è un uomo, e come sia più frequente che subiscano atti di violenza di maggiore gravità (5, 34-36). In Canada, la possibilità che una donna resti ferita rispetto ai casi in cui la vittima è un uomo è tre volte maggiore, ed è cinque volte più frequente che debba richiedere un intervento medico e che tema per la propria vita (36). Quando si verificano casi di violenza da parte delle donne, è più probabile che si tratti di reazioni di autodifesa (32, 37, 38).

Nelle società più tradizionali, picchiare la moglie è ampiamente considerato una conseguenza del diritto dell'uomo di ricorrere a punizioni fisiche nei confronti della moglie – un fatto evidenziato da studi condotti in paesi diversi quali Bangladesh, Cambogia, India, Messico, Nigeria, Pakistan, Papua Nuova Guinea, Repubblica Unita di Tanzania e Zimbabwe (39-47). Le giustificazioni culturali della violenza solitamente derivano da una visione tradizionale dei ruoli specifici di genere. In diversi contesti si ritiene che le donne debbano occuparsi della casa e dei figli e mostrare al marito obbedienza e rispetto. Se un uomo ritiene che la propria moglie non abbia adempiuto ai propri doveri o ne abbia superato i limiti – magari semplicemente richiedendo denaro per la gestione familiare o sottolineando le necessità dei figli – è possibile che risponda ricorrendo alla violenza. Come sottolineato dall'autore dello studio relativo al Pakistan: “Picchiare la moglie per castigarla o controllarla è considerato un fatto giustificato dal punto di vista culturale e religioso... Poiché l'uomo è considerato il ‘padrone’ della moglie, è necessario che essa capisca chi è il capo, così da scoraggiare trasgressioni future”.

Un'ampia gamma di studi condotti sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di

sviluppo ha prodotto un considerevole elenco di situazioni che si ritiene favoriscano la violenza dal parte del partner (39-44). Tra queste:

- disobbedire al marito;
- rispondere a tono;
- non preparare il pasto al momento giusto;
- non occuparsi in modo sufficiente dei figli o della casa;
- fare domande relative a soldi o amanti;
- recarsi da qualche parte senza l'autorizzazione del marito;
- rifiutare le richieste sessuali del marito;
- essere sospettata di infedeltà.

In diversi paesi in via di sviluppo le donne spesso concordano sul fatto che gli uomini abbiano il diritto di controllare le proprie mogli, ricorrendo se necessario alla forza (Tabella 4.2). In Egitto, più dell'80% delle donne che abitano nelle aree rurali condivide l'idea che picchiare la moglie in alcune circostanze sia un atto giustificato (48). Significativamente, una delle ragioni che le donne citano con maggiore frequenza come giusta causa per le percosse è il rifiuto del rapporto sessuale (48-51). Non sorprende che questo rifiuto sia anche una delle ragioni che le donne citano come scusa per le percosse (40, 52-54). Ciò chiaramente ha implicazioni sulla capacità delle donne di proteggersi da gravidanze indesiderate e dalle infezioni a trasmissione sessuale.

Le società spesso distinguono tra ragioni "giuste" e "ingiuste" per l'abuso e tra livelli di violenza "accettabili" e "non accettabili". In questo modo, ad alcuni individui – solitamente mariti o membri più anziani della famiglia – viene dato il diritto di punire fisicamente una donna, entro determinati limiti, per alcuni tipi di trasgressioni. Solo nel caso un uomo superi tali limiti – ad esempio se diventa troppo violento o picchia una donna senza un valido motivo – altri intervengono (39, 43, 55, 56).

Questo concetto di "giusta causa" si trova in molti dati qualitativi sulla violenza relativi ai paesi in via di sviluppo. Una donna indigena in Messico osservava: "Penso che se la donna è colpevole, il marito ha ragione a picchiarla... se io facessi qualcosa di sbagliato, nessuno mi dovrebbe difendere. Ma se non ho fatto nulla di sbagliato, ho diritto a essere difesa" (43). Sentimenti simili si ritrovano nei partecipanti a gruppi di discussione mirata nel nord e nel sud dell'India. "Se si tratta di un grave errore", notava una donna del Tamil Nadu, "allora il marito ha ragione a picchiare la moglie. Perché no? Una mucca non obbedirebbe se non fosse picchiata" (47).

Anche nel caso di culture che garantiscono agli uomini un sostanziale controllo sul comportamento delle donne, gli uomini abusivi solitamente trascendono le norme (49, 57, 58). Le statistiche dell'Indagine demografica e sanitaria del Nicaragua, ad esempio, mostrano che tra le donne vittime di abuso fisico, il 32% aveva un marito con un punteggio elevato sulla scala del "controllo coniugale", rispetto al 2% tra le donne che non erano state vittime di abuso fisico. La scala comprendeva una gamma di comportamenti da parte del marito, tra cui accusare continuamente la moglie di infedeltà e limitarne i contatti con la famiglia d'origine e gli amici (49).

In che modo le donne rispondono all'abuso?

Studi qualitativi hanno confermato che le donne vittime di abuso non sono quasi mai soggetti passivi ma piuttosto adottano strategie attive per difendere nel modo migliore la propria sicurezza e quella dei propri figli. Alcune donne resistono, altre se ne vanno, mentre altre ancora

Tabella 4.2 Percentuale degli intervistati che approvano l'uso della violenza fisica nei confronti della moglie, in base alla motivazione, studi selezionati, 1995-1999

Paese o area	Anno	Intervistato	Motivazione per l'abuso fisico			Risponde in malo modo o disobbedisce
			La moglie trascura i figli o la casa	Rifiuta di avere rapporti sessuali con il marito	Il marito sospetta che lei lo tradisca	
Brasile (Salvador, Bahia)	1999	M	-	-	19 ^(a)	-
		F	-	-	11 ^(a)	-
Cile (Santiago)	1999	M	-	-	12 ^(a)	-
		F	-	-	14 ^(a)	-
Colombia (Cali)	1999	M	-	-	14 ^(a)	-
		F	-	-	13 ^(a)	-
Egitto	1996	F (Area urbana)	40	57	-	59
		F (Area rurale)	61	81	-	78
Salvador (San Salvador)	1999	M	-	-	5 ^(a)	-
		F	-	-	9 ^(a)	-
Ghana ^(b)	1999	M	-	43	-	-
		F	-	33	-	-
India (Uttar Pradesh)	1996	M	-	-	-	-
Nuova Zelanda	1995	M	1	1	5 ^(a)	10-50
Nicaragua ^(c)	1999	F (Area urbana)	15	5	22	-
		F (Area rurale)	25	10	32	-
Singapore	1996	M	-	5	33 ^(f)	4
Venezuela (Caracas)	1999	M	-	-	8 ^(a)	-
		F	-	-	8 ^(a)	-
Territori occidentali e Striscia di Gaza ^(g)	1996	M ^(h)	-	28	71	57

Fonte: referenza 6, riprodotta con l'autorizzazione dell'editore.

M: maschio; F: Femmina; - indica che la domanda non è stata posta.

a. "Una donna infedele merita di essere percosso".

b. Anche il 51% degli uomini e il 43% delle donne concordava: "Un marito è giustificato quando picchia la moglie se lei utilizza metodi contraccettivi senza che lui lo sappia".

c. "La scopre a letto con un altro uomo".

d. "Non si comporta come le viene detto".

e. Anche l'11% delle donne delle aree urbane e il 23% di quelle delle aree rurali concordano: "Un marito è giustificato quando picchia la moglie se lei esce di casa senza il suo permesso".

f. "Ha una relazione sessuale con un altro uomo".

g. Anche il 23% degli uomini concorda: "Picchiare la moglie è giusto se lei non rispetta i parenti del marito".

h. Popolazione della Palestina.

tentano di mantenere la pace assecondando le richieste del marito (3, 59-61). Ciò che a un occhio esterno potrebbe sembrare una mancanza di risposta positiva da parte della donna potrebbe in realtà essere una valutazione calcolata di ciò che è necessario per sopravvivere nel matrimonio e per proteggere se stesse e i propri figli.

La risposta di una donna all’abuso è spesso limitata dalla gamma di possibilità a sua disposizione (60). Studi qualitativi approfonditi su donne negli Stati Uniti e in Africa, America latina, Asia ed Europa indicano che diversi fattori possono trattenere le donne in relazioni abusive. Tra questi solitamente vi sono: paura di ritorsioni, mancanza di mezzi alternativi di sostegno economico, preoccupazione per i figli, dipendenza affettiva, mancanza di sostegno da parte della famiglia e degli amici e la latente speranza che il marito possa cambiare (9, 40, 42, 62, 63). Nei paesi in via di sviluppo le donne citano la stigmatizzazione legata al fatto di non essere sposate come un’ulteriore impedimento a lasciare delle relazioni abusive (40, 56, 64).

Il rifiuto di riconoscere la situazione di abuso e la paura di subire l’ostracismo sociale spesso impediscono alle donne di chiedere aiuto. Alcuni studi hanno dimostrato che circa il 20-70% delle donne vittime di abuso non ne aveva mai parlato con nessuno fino al momento in cui era stato intervistato nell’ambito dello studio (Tabella 4.3). Chi ne aveva parlato lo aveva fatto con parenti e amici, piuttosto che con le istituzioni. Solo una minoranza aveva contattato la polizia.

Nonostante gli ostacoli, diverse donne vittime di abuso alla fine lasciano il partner violento, talvolta solo dopo diversi anni, una volta cresciuti i figli. Nello studio condotto a Leon, in Nicaragua, ad esempio, il 70% delle donne alla fine aveva lasciato il partner (65). Il tempo medio trascorso dalle donne in una relazione violenta era di circa sei anni, anche se

Tabella 4.3 **Percentuale di donne vittime di abuso che hanno cercato aiuto da diverse fonti, studi selezionati a livello di popolazione**

Paese o area	Campione	Percentuale di donne vittime di violenza fisica che:			
		Non ne ha mai parlato con nessuno (%)	Ha chiamato la polizia (%)	Ne ha parlato agli amici (%)	Ne ha parlato con la famiglia (%)
Australia ^(a)	6.300	18	19	58	53
Bangladesh	10.368	68	–	–	30
Canada	12.300	22	26	45	44
Cambogia	1.374	34	1	33	22
Cile	1.000	30	16	14	32 ^(b) /21 ^(c)
Egitto	7.121	47	–	3	44
Irlanda	679	–	20	50	37
Nicaragua	8.507	37	17	28	34
Repubblica di Moldavia	4.790	–	6	30	31
Regno Unito	430	38	22	46	31

Fonte: *referenza 6, riprodotta con il permesso dell’editore.*

- a. Donne aggredite fisicamente negli ultimi 12 mesi.
- b. Si riferisce alla percentuale di donne che ne hanno parlato alla famiglia.
- c. Si riferisce alla percentuale di donne che ne hanno parlato alla famiglia del partner.

pareva che le donne giovani lasciassero il partner abusivo più in fretta (9). Lo studio suggerisce come vi siano numerosi fattori che portano le donne a separarsi dai partner violenti in modo definitivo. Solitamente ciò si verifica quando la violenza diventa talmente grave da far sì che la donna capisca che il partner non potrà cambiare, o quando la situazione inizia decisamente a coinvolgere i figli. Le donne citano anche il sostegno affettivo e logistico della famiglia o degli amici come un aspetto importante della decisione di rompere la relazione (61, 63, 66-68).

Secondo la ricerca, l'interruzione di una relazione abusiva costituisce un processo, non un evento unico e improvviso. La maggior parte delle donne lascia il partner e ritorna con lui diverse volte prima di decidere di troncare la relazione definitivamente. Il processo comprende periodi di rifiuto, di autocolpevolizzazione e di sofferenza prima che la donna riesca a riconoscere l'abuso e a identificarsi con altre donne nella stessa situazione. A questo punto comincia il distacco e il recupero rispetto alla relazione abusiva (69). Ammettere l'esistenza di questo processo può aiutare a comprendere meglio e a giudicare con minore severità le donne che ritornano alle situazioni di abuso.

Sfortunatamente, interrompere una relazione di tale genere non garantisce necessariamente sempre la sicurezza. È possibile talvolta che la violenza prosegua e che possa addirittura peggiorare dopo che una donna ha lasciato il partner (70). In Australia, Canada e Stati Uniti, infatti, una percentuale significativa degli omicidi di donne all'interno della coppia si verifica nel momento in cui la donna cerca di lasciare il partner violento (22, 27, 71, 72).

Quali sono i fattori di rischio per la violenza da parte del partner?

Solo recentemente i ricercatori hanno iniziato ad analizzare i fattori di rischio individuali e a livello di comunità che potrebbero condizionare il tasso di violenza nella coppia. Anche se la violenza contro le donne è presente quasi dappertutto, si è notato che esistono esempi di società pre-industriali in cui tale problema è virtualmente assente (73, 74). Tali società dimostrano che le relazioni sociali possono essere organizzate in modo tale da ridurre al minimo la violenza contro le donne.

In diversi paesi la prevalenza della violenza domestica varia profondamente in base alle zone all'interno delle stesse città. Le differenze a livello locale spesso sono superiori alle differenze nazionali. Nello stato di Uttar Pradesh, ad esempio, la percentuale di uomini che hanno ammesso di picchiare la propria moglie variava dal 18% del distretto di Naintal al 45% del distretto di Banda. La percentuale di uomini che obbligavano le mogli ad avere rapporti sessuali contro la loro volontà variava dal 14% al 36% tra i distretti di Naintal e di Banda (Tabella 4.4). Tali variazioni pongono un'interessante e improrogabile domanda: che cosa determina in queste diverse situazioni le profonde differenze esistenti negli episodi di violenza fisica e sessuale?

Recentemente, i ricercatori si sono sempre più interessati a tali domande, nonostante le attuali basi di ricerca siano inadeguate per tale obiettivo. La nostra comprensione dei fattori che condizionano la prevalenza della violenza nella coppia si basa ampiamente su studi condotti in America del Nord ed è possibile che essi non valgano in altre situazioni. Sono disponibili diversi studi relativi ai paesi in via di sviluppo, ma la loro utilità nell'analisi dei fattori di rischio e di protezione è limitata dalla loro struttura trasversale e dal numero limitato di fattori predittivi che esplorano. In generale, l'attuale base di conoscenze è decisamente rivolta allo studio dei fattori individuali piuttosto che di quelli a livello di comunità o di società che possono condizionare la probabilità dell'abuso.

Tabella 4.4 **Modifiche negli atteggiamenti degli uomini e nel ricorso dichiarato alla violenza, distretti selezionati dell'Uttar Pradesh, India, 1995-1996**

Distretto	Dimensione del campione (N)	Proporzione degli uomini che:			
		Ammettono di obbligare le mogli a rapporti sessuali (%)	Concordano sul fatto che in caso di disobbedienza, la moglie debba essere punita (%)	Ammettono di picchiare la moglie (%)	Hanno picchiato la moglie nell'ultimo anno (%)
Aligarh	323	31	15	29	17
Banda	765	17	50	45	33
Gonda	369	36	27	31	20
Kanpur Nagar	256	14	11	22	10
Naintal	277	21	10	18	11

Fonte: *referenza 6*, riprodotta con il permesso dell'editore.

Effettivamente, se da un lato gli studiosi concordano sempre più sul fatto che un'interazione tra fattori personali, situazionali, sociali e culturali può determinare l'abuso (55, 75), non si sa ancora bene quali di questi fattori siano predominanti. La Tabella 4.5 riassume i fattori che sembra abbiano un collegamento con il rischio di violenza nei confronti del partner. Queste informazioni, comunque, devono essere considerate incomplete e decisamente sperimentali. È possibile che manchino diversi fattori importanti, poiché nessuno studio ne ha analizzato la significatività, mentre altri fattori potrebbero essere semplicemente collegati a una situazione di violenza ma non rappresentare veri e propri fattori scatenanti.

Fattori individuali

Black et al. hanno recentemente rivisto la letteratura relativa alle scienze sociali dell'America del Nord sui fattori di rischio che sottendono la violenza fisica sul partner (76). Hanno analizzato solamente gli studi che consideravano validi dal punto di vista metodologico e che utilizzavano un campione rappresentativo della comunità o un campione clinico con un gruppo di controllo appropriato. Da quest'analisi è emerso un numero di fattori demografici, di storia individuale e di personalità profondamente collegati alla probabilità che un uomo abusi fisicamente della partner. Tra i fattori demografici, la giovane età e un reddito limitato sono emersi come fattori importanti per tale probabilità.

Alcuni studi hanno evidenziato un collegamento tra l'aggressione fisica e misure composite di status socioeconomico e di grado di istruzione, anche se non si tratta di dati completamente coerenti. Lo Studio di salute e sviluppo condotto a Dunedin, Nuova Zelanda – uno dei pochi studi longitudinali di coorte alla nascita che esplorano la violenza nella coppia – ha osservato che una situazione di povertà della famiglia nell'infanzia e nell'adolescenza, scarsi risultati scolastici e delinquenza aggressiva all'età di 15 anni erano tutti fattori predittivi di abuso fisico nei confronti del partner da parte dell'uomo all'età di 21 anni (77). Questo studio è stato uno dei pochi a valutare la probabilità che gli stessi fattori di rischio fossero determinanti nell'aggressione fisica sia da parte degli uomini sia delle donne nei confronti del partner.

Tabella 4.5 **Fattori associati al rischio di abuso da parte di un uomo nei confronti della propria partner**

Fattori individuali	Fattori relazionali	Fattori relativi alla comunità	Fattori relativi alla società
• Giovane età • Eccessivo ricorso al bere • Depressione • Disturbi della personalità • Basso livello di scolarità • Basso reddito • Aver assistito a una violenza o averla subita da bambino	• Conflitto coniugale • Instabilità coniugale • Dominio maschile in famiglia • Stress economico • Scarso funzionamento della famiglia	• Sanzioni comunitarie deboli contro la violenza domestica • Povertà • Basso capitale sociale	• Norme tradizionali legate al genere • Norme sociali che giustificano la violenza

Precedenti di violenza in famiglia

Tra i fattori relativi alla storia personale, la violenza nella famiglia di origine è emersa come fattore di rischio particolarmente importante per l'aggressione della partner da parte dell'uomo. Studi condotti in Brasile, Cambogia, Canada, Cile, Colombia, Costa Rica, Salvador, Indonesia, Nicaragua, Spagna, Stati Uniti e Venezuela hanno osservato che le percentuali di abuso erano più elevate tra le donne i cui mariti erano stati picchiati da bambini o avevano assistito a episodi di violenza fisica sulla propria madre (12, 57, 76, 78-81). Anche se gli uomini che si comportano in modo violento con le proprie mogli frequentemente presentano storie di violenza nel proprio passato, non tutti i ragazzi che sono testimoni di violenze o le subiscono si trasformano in adulti violenti (82). Ne deriva un'importante domanda teorica: cosa distingue gli uomini in grado di instaurare relazioni sane e non violente nonostante le difficoltà dell'infanzia da quelli che diventano violenti?

Uomini dediti al bere

Un altro marker di rischio per la violenza nei confronti del partner che sembra particolarmente importante in tutti i diversi contesti è il consumo di alcool da parte degli uomini (81, 83-85). Nella meta-analisi di Black et al. sopra citata ogni studio che ha esaminato il consumo di alcool o l'eccessivo bere come fattore di rischio per la violenza sul partner ha riscontrato un'associazione significativa, con coefficienti di correlazione variabili da $r=0,21$ a $r=0,57$. Indagini di popolazione condotte in Brasile, Cambogia, Canada, Cile, Colombia, Costa Rica, Salvador, India, Indonesia, Nicaragua, Sudafrica, Spagna e Venezuela hanno anch'esse riscontrato una relazione tra il rischio della donna di essere vittima di violenza e le abitudini del partner relative all'alcool (9, 19, 79-81, 86, 87).

Esiste, tuttavia, ampia discussione sulla natura della relazione tra consumo di alcool e violenza e sulla sua effettiva causalità. Diversi ricercatori ritengono che l'alcool agisca come fattore situazionale, incrementando la probabilità della violenza attraverso una riduzione delle inibizioni, oscurando la capacità di giudizio e limitando la capacità di interpretare le situazioni da parte del soggetto (88). Un eccessivo consumo di alcool può inoltre aumentare la violenza nei confronti del partner fornendo combustibile pronto per litigi nella coppia. Altri ricercatori obiettano che il legame tra violenza e alcool ha una connotazione culturale ed esiste solo nelle

situazioni in cui la percezione collettiva è che il bere provochi o giustifichi determinati comportamenti (89, 90). In Sudafrica, ad esempio, gli uomini sostengono di ricorrere all'alcool in modo premeditato per avere il coraggio di picchiare la partner e realizzare così le aspettative sociali relative al ruolo del maschio (91).

Nonostante le opinioni discordanti sul ruolo causale dell'abuso di alcool, l'evidenza dimostra che le donne che vivono con forti bevitori corrono un rischio di violenza fisica da parte del partner decisamente più elevato, e che gli uomini con l'abitudine di bere provocano violenze più gravi nel corso di un'aggressione (57). Secondo l'indagine sulla violenza alle donne condotta in Canada, ad esempio, le donne che vivevano con forti bevitori avevano un rischio cinque volte superiore di essere aggredite dal partner rispetto alle donne con partner non bevitori (19).

Disturbi della personalità

Diversi studi hanno cercato di capire se alcuni fattori o disturbi della personalità presentano collegamenti significativi con la violenza nei confronti del partner. Studi condotti in Canada e negli Stati Uniti mostrano come sia più probabile che gli uomini violenti con le proprie mogli siano emotivamente dipendenti, insicuri e con un basso livello di autostima, e presentino maggiori difficoltà nel controllo dei propri impulsi (33). È anche più facile che questi individui, rispetto ai loro simili non violenti, mostrino maggiore rabbia e ostilità, siano depressi e abbiano punteggi più elevati in alcune scale di disturbi della personalità, tra cui disturbi con connotati antisociali, aggressivi e borderline (76). Sebbene le percentuali relative alla psicopatologia siano solitamente più elevate tra il uomini che abusano delle proprie mogli, non sempre i responsabili di violenze fisiche mostrano tali disturbi psicologici. La percentuale delle aggressioni legate a problemi psicopatologici è in genere relativamente contenuta nelle situazioni in cui la violenza nei confronti del partner è un fatto comune.

Fattori relazionali

A livello interpersonale, il marker più importante per la violenza nella coppia è rappresentato da conflitto coniugale o disaccordo nella relazione. Il conflitto coniugale si collega in modo da blando a determinante alla violenza da parte degli uomini in tutti gli studi analizzati da Black et al. (76). Si è osservato come questo tipo di conflitto rappresenti inoltre un fattore di predizione di questo tipo di violenza in uno studio di popolazione condotto su uomini e donne in Sudafrica (87) e su un campione rappresentativo di uomini sposati a Bangkok, in Thailandia (92). Nello studio condotto in Thailandia, il conflitto verbale presentava un collegamento significativo con la violenza fisica nei confronti della moglie, anche dopo una correzione per lo status socioeconomico, il livello di stress del marito e altri aspetti collegati al matrimonio, quali l'intesa e la stabilità (92).

Fattori relativi alla comunità

Si è osservato come solitamente uno status socioeconomico elevato offra un certo grado di protezione contro il rischio di violenza fisica da parte del partner, sebbene esistano eccezioni (39). Studi condotti in diversi contesti mostrano che, anche se la violenza fisica nei confronti del partner è una realtà per tutti i gruppi socioeconomici, le donne che vivono in una situazione di povertà ne sono colpite in modo sproporzionato (12,19, 49,78, 79,81, 92-96).

Non è ancora chiaro il motivo per cui la povertà aumenta il rischio di violenza – se la responsabilità sia da attribuire al reddito limitato in quanto tale o ad altri fattori collegati alla povertà, quali il numero eccessivo di persone o la mancanza di speranza. Per alcuni uomini, vivere in uno stato di povertà determina stress, frustrazione e un senso di inadeguatezza per

aver mancato al proprio ruolo culturale di sostegno della famiglia. Può anche costituire una fonte di disaccordo coniugale o creare maggiori difficoltà alle donne che desiderano lasciare relazioni violente o comunque non soddisfacenti. A prescindere dai meccanismi precisi, comunque, è probabile che la povertà agisca come “marker” per una varietà di condizioni sociali che si associano potenziando il rischio che le donne devono affrontare (55).

Il modo in cui una comunità risponde alla violenza del partner può condizionare il livello globale di abuso della comunità stessa. In uno studio comparativo condotto in 16 realtà con livelli elevati o contenuti di violenza della coppia, Counts, Brown e Campbell hanno osservato come le situazioni che presentano i livelli più bassi corrispondano a quelle in cui esistono sanzioni contro tale tipo di violenza e in cui le donne hanno la possibilità di accedere a rifugi, sotto forma di ricoveri o di sostegno familiare (73). Le sanzioni della comunità, o proibizioni, possono manifestarsi come formali sanzioni legali o come obbligo morale da parte dei vicini a intervenire quando una donna viene percosso. Questa struttura “sanzioni e rifugio” suggerisce l’ipotesi che la violenza del partner si manifesti nel modo più eclatante nelle società in cui lo status delle donne è in un momento di transizione. Nelle realtà in cui le donne hanno pochi diritti gli uomini non hanno bisogno di ricorrere alla violenza per ribadire la propria autorità. All’altro estremo, nelle società in cui le donne hanno uno status elevato è più facile che esse abbiano acquisito – a livello collettivo – autorità sufficiente per modificare i tradizionali ruoli legati al genere. La violenza all’interno della coppia, quindi, è solitamente più elevata nel momento in cui le donne cominciano ad assumere ruoli non tradizionali o a inserirsi nella forza lavoro.

Sono stati indicati molti altri possibili fattori relativi alla comunità in grado di condizionare l’incidenza globale della violenza nella coppia, ma pochi di questi sono stati provati in modo empirico. Uno studio multinazionale attualmente in corso, sponsorizzato dall’OMS in otto paesi (Bangladesh, Brasile, Giappone, Namibia, Perù, Samoa, Thailandia e Repubblica Unita della Tanzania) sta raccogliendo dati relativi a diversi fattori comunitari per esaminare la loro possibile relazione con la violenza nei confronti del partner. Tra questi fattori vi sono:

- Percentuali di altri crimini violenti.
- Capitale sociale (vedere capitolo 2).
- Norme sociali legate alla privacy della famiglia.
- Norme di comunità relative all’autorità degli uomini sulle donne.

Lo studio farà luce sui contributi relativi di fattori individuali e comunitari alle percentuali della violenza all’interno della coppia.

Fattori relativi alla società

Gli studi di ricerca condotti in diverse culture hanno evidenziato diversi fattori legati alla società e alla cultura in grado di determinare livelli di violenza più elevati. Levinson, ad esempio, ha utilizzato l’analisi statistica di dati etnografici codificati di 90 società per esaminare i modelli culturali delle percosse alla moglie – studiando i fattori che differenziano in modo evidente le società in cui picchiare la moglie è considerato un fatto comune da quelle in cui tale pratica è rara o assente (74). L’analisi condotta da Levinson suggerisce come tale tipo di violenza si verifichi più frequentemente nelle società in cui gli uomini detengono il potere economico e decisionale della famiglia, in cui le donne hanno scarse possibilità di divorziare e in cui gli adulti ricorrono facilmente alla violenza per risolvere i conflitti. Il secondo importante fattore di predizione evidenziato da questo studio per quanto riguarda la frequenza con cui una moglie viene picchiata è rappresentato dall’assenza di contesti lavorativi esclusivamente

femminili. Levinson avanza l'ipotesi che la presenza di questo tipo di situazioni offra protezione poiché fornisce alle donne una stabile fonte di sostegno sociale, così come di indipendenza economica rispetto al marito o alla famiglia.

Diversi ricercatori hanno proposto un ampio numero di ulteriori fattori che possono contribuire ad aumentare le percentuali della violenza all'interno della coppia. È stato sostenuto, ad esempio, che questo tipo di violenza è più comune nei luoghi in cui sono in corso o sono appena terminati guerre, altri conflitti o rivolte sociali. Nei casi in cui la violenza diventa un'abitudine e gli individui hanno facile accesso alle armi, le relazioni sociali – tra cui anche i ruoli di genere – vengono frequentemente stravolte. In tali periodi di difficoltà economica e sociale, le donne sono spesso più indipendenti e si assumono maggiori responsabilità economiche, mentre è possibile che si riduca la capacità degli uomini di far fronte al proprio ruolo culturale di protettori e sostegno della famiglia. Questi fattori possono quindi incrementare la violenza nei confronti del partner, anche se tale ipotesi non è stata ancora effettivamente provata.

Altri ricercatori hanno suggerito come le disparità strutturali tra uomini e donne, ruoli rigidi di genere e un concetto di virilità legata a dominio, onore maschile e aggressività siano tutti fattori che incrementano il rischio di questo tipo di violenza (55). Anche tali ipotesi, sebbene apparentemente valide, devono essere ancora provate scientificamente.

Le conseguenze della violenza da parte del partner

Le conseguenze dell'abuso sono profonde e vanno oltre la salute e la felicità dei singoli individui, condizionando il benessere di intere comunità. Vivere in una situazione caratterizzata da violenza limita il senso di autostima di una donna e la sua abilità a partecipare alla vita sociale. Diversi studi hanno dimostrato che le donne vittime di abuso sono quotidianamente ostacolate nella loro possibilità di accedere alle informazioni e ai servizi, di prendere parte alla vita pubblica e di ricevere sostegno attivo da amici e parenti. Non sorprende inoltre che le donne in queste condizioni siano spesso incapaci di occuparsi in modo adeguato di se stesse e dei propri figli o di ottenere un lavoro e di avere una vita professionale.

Impatto sulla salute

Un corpus di prove scientifiche ogni giorno più ampio dimostra con maggiore fondatezza che condividere la propria vita con un partner violento può avere un impatto profondo sulla salute della donna. La violenza è stata collegata a una quantità di problemi di salute, sia immediati sia a lungo termine. La Tabella 4.6 si basa sulla letteratura scientifica per riassumere le conseguenze che sono state associate alla violenza nei confronti del partner. Oltre al fatto che la violenza presenta conseguenze sanitarie dirette, le lesioni, essere vittima di violenza aumenta anche per la donna il rischio di una cattiva salute in futuro. Come accade per le conseguenze del fumo e dell'alcool, essere una vittima della violenza può essere considerato un fattore di rischio per una varietà di patologie e malattie.

Alcuni studi mostrano come le donne vittime di abusi fisici o sessuali nell'infanzia o nell'età adulta sperimentino situazioni di malattia più frequentemente delle altre donne – in particolare funzione fisica, benessere psicologico e adozione di comportamenti ulteriormente rischiosi, tra cui fumo, sedentarietà, abuso di alcool e di droghe (85, 97-103). Quando la donna è oggetto di violenza presenta un rischio più elevato di:

- depressione;
- tentativi di suicidio;

Tabella 4.6 **Conseguenze della violenza da parte del partner sulla salute**

Fisiche

Lesioni addominali
Lividi e frustate
Sindromi da dolore cronico
Disabilità
Fibromialgie
Fratture
Disturbi gastrointestinali
Sindrome dell'intestino irritabile
Lacerazioni e abrasioni
Danni oculari
Funzione fisica ridotta

Sessuali e riproduttive

Disturbi ginecologici
Sterilità
Malattia infiammatoria pelvica
Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo
Disfunzioni sessuali
Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS
Aborto in condizioni di rischio
Gravidanze indesiderate

Psicologiche e comportamentali

Abuso di alcool e droghe
Depressione e ansia
Disturbi dell'alimentazione e del sonno
Sensi di vergogna e di colpa
Fobie e attacchi di panico
Inattività fisica
Scarsa autostima
Disturbo da stress post-traumatico
Disturbi psicosomatici
Fumo
Comportamento suicida e autolesionista
Comportamenti sessuali a rischio

Conseguenze mortali

Mortalità legata all'AIDS
Mortalità materna
Omicidio
Suicidio

- sindromi da dolore cronico;
- disturbi psicosomatici;
- lesioni fisiche;
- disturbi gastrointestinali;
- sindrome dell'intestino irritabile;
- diverse conseguenze per la salute riproduttiva (vedere più avanti).

In generale, quelle che seguono sono le conclusioni che emergono dalle attuali ricerche relative alle conseguenze dell'abuso sulla salute:

- Il condizionamento causato dall'abuso può persistere per un periodo prolungato dopo che l'abuso stesso è terminato (103, 104).
- Le conseguenze dell'abuso sulla salute fisica e mentale della donna sono direttamente proporzionali alla gravità dell'abuso stesso (98).
- Sembra che l'impatto nel tempo di diversi tipi di abuso e di molteplici episodi di abuso sia cumulativo (85, 99, 100, 103, 105).

Salute riproduttiva

Le donne che vivono con un partner violento hanno difficoltà a proteggere se stesse da gravidanze indesiderate o da malattie. La violenza può condurre direttamente a una gravidanza indesiderata o a infezioni a trasmissione sessuale, tra cui l'HIV, attraverso atti sessuali imposti, oppure indirettamente ostacolando la capacità della donna di utilizzare metodi contraccettivi, compresi i preservativi (6, 106). Gli studi mostrano in modo fondato come la violenza domestica sia più frequente nelle famiglie con molti bambini (5, 47, 49, 50, 78, 93, 107). I ricercatori hanno pertanto ritenuto per lungo tempo che lo stress per la presenza di molti figli aumenti il rischio di violenza, ma dati recenti dal Nicaragua, in realtà, suggeriscono che la relazione può essere inversa. In Nicaragua, l'instaurarsi della violenza precede di gran lunga il fatto di avere molti figli (l'80% della violenza infatti inizia nei primi quattro anni di matrimonio), indicando così come la violenza possa costituire un fattore di rischio per la nascita di diversi figli (9).

La violenza si può presentare anche durante la gravidanza, con conseguenze non solo per la donna ma anche per il feto. Studi di popolazione condotti in Canada, Cile, Egitto e Nicaragua hanno evidenziato che il 6-15% delle donne aveva subito un abuso fisico o sessuale durante la gravidanza, solitamente da parte del partner (9, 48, 49, 57, 78). Negli Stati Uniti, le stime dell'abuso durante la gravidanza vanno dal 3% all'11% tra le donne adulte e fino al 38% tra le madri adolescenti con basso reddito (108-112).

La violenza durante la gravidanza è stata associata a (6, 110, 113-117):

- aborto spontaneo;
- ritardo nell'assistenza prenatale;
- nascita di un feto morto;
- travaglio e parto prematuro;
- lesioni fetali;
- basso peso alla nascita, una delle cause più importanti per la morte dei neonati dei paesi in via di sviluppo.

La violenza del partner è responsabile di una percentuale importante anche se fondamentalmente non riconosciuta di mortalità materna. Uno studio recente condotto in 400 villaggi e sette ospedali a Pune, in India, ha riscontrato che il 16% di tutte le morti durante la gravi-

danza era il risultato di una violenza da parte del partner (118). Lo studio ha anche mostrato che il 70% circa delle morti materne in questa regione solitamente non veniva registrato e che il 41% delle morti registrate non era correttamente classificato. L'omicidio commesso dal partner è stato individuato come un'importante causa di morte materna anche in Bangladesh (119) e negli Stati Uniti (120, 121).

La violenza nella coppia presenta inoltre diversi legami con la progressiva epidemia di AIDS. In sei paesi dell'Africa, ad esempio, la paura dell'ostracismo e la conseguente violenza all'interno delle mura domestiche costituiva un importante motivo per rifiutare il test dell'HIV da parte delle donne incinte, o per non ripresentarsi a ritirarne gli esiti (122). Analogamente, in uno studio recente sulla trasmissione dell'HIV tra eterosessuali nell'Uganda rurale, le donne che riferivano di essere state obbligate ad avere un rapporto sessuale contro il loro volere nell'anno precedente presentavano un rischio otto volte superiore di diventare positive per l'HIV (123).

Salute fisica

La violenza, naturalmente, può determinare lesioni che variano da tagli e lividi a disabilità permanenti e alla morte. Studi di popolazione suggeriscono come il 40-72% di tutte le donne che hanno subito un abuso fisico da parte del partner presentino lesioni a un certo punto della loro vita (5, 9, 19, 62, 79, 124). In Canada, il 43% delle donne ferite in questo modo ha ricevuto assistenza medica e il 50% delle donne ferite ha dovuto assentarsi dal lavoro (19).

Le lesioni, tuttavia, non costituiscono la conseguenza fisica più comune dell'abuso da parte del partner. I "disturbi funzionali" sono più frequenti – una serie di indisposizioni che spesso non presentano cause mediche individuabili, quali la sindrome dell'intestino irritabile, fibromialgie, disturbi gastrointestinali e diverse sindromi da dolore cronico. Gli studi collegano in modo sicuro tali disturbi con una storia di abuso fisico o sessuale (98, 125-127). Le donne vittime di abuso patiscono anche, rispetto alle donne che non hanno subito abusi, una funzione fisica ridotta, un maggior numero di disturbi fisici e presentano un numero superiore di giornate passate a letto (97, 98, 101, 124, 125, 128).

Salute mentale

Le donne che hanno subito un abuso da parte del partner sono maggiormente esposte a depressione, ansia e fobie, rispetto alle donne che non hanno subito abusi, in base a studi condotti in Australia, Nicaragua, Pakistan e negli Stati Uniti (129-132). La ricerca analogamente suggerisce come le donne vittime di abuso presentino un rischio superiore di suicidio e tentativi di suicidio (25, 49, 133-136).

Ricorso ai servizi sanitari

A causa dell'impatto a lungo termine della violenza sulla salute delle donne, è probabile che le vittime di un abuso abbiano bisogno dei servizi sanitari per lungo tempo, aumentando in questo modo i costi dell'assistenza sanitaria. Studi condotti in Nicaragua, negli Stati Uniti e in Zimbabwe indicano come le donne che hanno subito un'aggressione fisica o sessuale, nell'infanzia o nell'età adulta, usino i servizi sanitari con maggiore frequenza rispetto a quelle che non ne sono state vittime (98, 100, 137-140). In media, le vittime di abuso subiscono nel corso della loro vita interventi chirurgici, visite mediche, degenze ospedaliere, utilizzo di farmaci e consulti di salute mentale in quantità superiore rispetto a chi non ha subito abusi, anche dopo aver corretto i dati per potenziali fattori di confusione.

Impatto della violenza a livello economico

Oltre ai costi umani, la violenza carica le società di un peso economico enorme in termini di produttività persa e di maggiore utilizzo dei servizi sociali. Tra le donne di uno studio condotto a Nagpur, in India, ad esempio, il 13% aveva dovuto rinunciare a un lavoro retribuito a causa di un abuso, perdendo una media di sette giorni lavorativi a causa dell'incidente, e l'11% non era stato in grado di compiere le incombenze domestiche a causa di un episodio di violenza (141).

Anche se la violenza da parte del partner non condiziona necessariamente la probabilità globale di una donna di ottenere un lavoro, sembra comunque condizionarne il guadagno e la capacità di mantenere il posto di lavoro (139, 142, 143). Uno studio condotto a Chicago, Stati Uniti, ha osservato come fosse più probabile che le donne con una storia di violenza da parte del partner avessero vissuto periodi di disoccupazione, un notevole turnover di lavori, e avessero patito un numero superiore di problemi di salute fisica e mentale in grado di condizionare la performance professionale. Presentavano inoltre redditi personali più contenuti ed era significativamente più probabile che si rivolgessero all'assistenza sociale rispetto alle donne che non presentavano una storia di violenza da parte del partner (143). Analogamente, in uno studio condotto a Managua, Nicaragua, le donne vittime di abuso guadagnavano il 46% in meno rispetto alle donne che non avevano patito abusi, anche dopo aver corretto i dati per altri fattori in grado di condizionare i guadagni (139).

Impatto sui figli

Spesso i figli assistono ai litigi domestici. In uno studio condotto in Irlanda (62), il 64% delle donne vittime di abuso ha dichiarato che i figli erano solitamente presenti agli episodi di violenza, così come succedeva al 50% delle donne di Monterrey, Messico (11).

I bambini che assistono alla violenza tra genitori presentano un rischio più elevato per una moltitudine di problemi affettivi e comportamentali, tra cui ansia, depressione, scarsi risultati scolastici, basso livello di autostima, disobbedienza, incubi e disturbi fisici (9, 144-146). Effettivamente, studi condotti in America del Nord indicano come i bambini che assistono a episodi di violenza tra i genitori spesso mostrino molti dei disturbi comportamentali e psicologici presenti nei bambini vittime di abuso (145, 147).

Recenti evidenze suggeriscono che la violenza possa condizionare direttamente o indirettamente la mortalità infantile (148, 149). Ricercatori operanti a Leon, in Nicaragua, hanno osservato che, dopo aver corretto i dati per altri possibili fattori di confusione, i figli di donne vittime di abuso fisico o sessuale da parte del partner presentavano una probabilità sei volte superiore di morire prima di raggiungere i cinque anni di età rispetto ai figli di donne che non avevano mai subito un abuso. La violenza da parte del partner era responsabile di una proporzione pari a un terzo delle morti tra i bambini in questa regione (149). Un altro studio condotto negli stati indiani del Tamil Nadu e dell'Uttar Pradesh ha osservato come le donne che erano state percosse presentassero una probabilità decisamente più elevata rispetto alle donne che non avevano subito abusi di aver vissuto la morte di un figlio neonato o un'interruzione di gravidanza (aborto, aborto spontaneo o nascita di un feto morto), anche dopo aver corretto i dati per comprovati fattori predittivi di mortalità infantile quali l'età della donna, il livello di istruzione e il numero delle gravidanze precedenti conclusesi con la nascita di un bimbo vivo (148).

Cosa si può fare per prevenire la violenza da parte del partner?

La maggior parte delle azioni condotte fino a oggi nei confronti della violenza all'interno della

coppia è stata guidata dalle organizzazioni femminili, con sporadici finanziamenti e assistenza da parte dei governi. Nelle situazioni in cui questi ultimi sono stati coinvolti – Australia, America latina, America del Nord e in aree dell'Europa – ciò è accaduto solitamente in risposta a una richiesta di azione costruttiva da parte della società civile. La prima ondata di attività si è solitamente concentrata su riforme legali, formazione della polizia e creazione di servizi specializzati per le vittime. Diversi paesi hanno promulgato leggi sulla violenza domestica, sebbene diversi funzionari pubblici non ne siano ancora a conoscenza o non abbiano particolare intenzione di metterle in pratica. Chi opera all'interno del sistema (nella polizia o nel sistema giuridico, ad esempio) spesso condivide gli stessi pregiudizi esistenti nella società nel suo insieme. L'esperienza ha più volte mostrato come la maggior parte delle riforme legali e politiche sia priva effetto in mancanza di un forte impegno per modificare la cultura e la pratica istituzionale.

Nonostante più di vent'anni di attività nel campo della violenza contro le donne, pochissimi interventi sono stati valutati in modo rigoroso. Effettivamente, la recente indagine sui programmi di prevenzione della violenza familiare condotta negli Stati Uniti dal Consiglio Nazionale di Ricerca ha evidenziato solamente 34 studi che hanno cercato di valutare gli interventi relativi all'abuso nella coppia. Di questi, 19 si erano concentrati sull'applicazione delle leggi, riflettendo la forte preferenza dei rappresentanti del governo a utilizzare il sistema della giustizia penale per trattare il problema della violenza (150). La ricerca sugli interventi effettuati nei paesi in via di sviluppo è ancora più limitata. Esiste solo una manciata di studi che cercano di esaminare in modo critico gli interventi attualmente in atto. Tra questi, un'indagine sui programmi relativi alla violenza sulle donne condotti in quattro stati dell'India. Oltre a ciò, il Fondo di sviluppo per le donne delle Nazioni Unite ha analizzato sette progetti in cinque regioni, finanziati dal Fondo per la violenza contro le donne delle Nazioni Unite, con l'obiettivo di diffondere gli insegnamenti acquisiti grazie a questi progetti (151).

Sostegno alle vittime

Nel mondo industrializzato, i centri per le donne in crisi e i rifugi per le donne maltrattate hanno rappresentato il fondamento dei programmi per le vittime della violenza domestica. Nel 1995, esistevano circa 1800 programmi di questo genere negli Stati Uniti, 1200 dei quali fornivano un ricovero d'emergenza oltre a sostegno affettivo, legale e materiale alle donne e ai loro figli (152). Tali centri solitamente forniscono gruppi di supporto e consulenza individuale, formazione professionale, programmi per i bambini, assistenza nei rapporti con i servizi sociali e per le questioni legali nonché consulenza per il trattamento in caso di abuso di droghe e alcool. La maggior parte dei ricoveri e dei centri in Europa e negli Stati Uniti era stata originariamente creata da attiviste donne, anche se molti di essi sono attualmente gestiti da professionisti e ricevono finanziamenti governativi.

Dall'inizio degli anni ottanta sono nati molti ricoveri e centri per le donne in crisi in diversi paesi in via di sviluppo. La maggior parte dei paesi possiede almeno qualche organizzazione non governativa che offre servizi specialistici per le vittime di abuso e che conduce campagne in loro difesa. Alcuni paesi ne hanno addirittura centinaia. Gestire i ricoveri, tuttavia, ha costi molto elevati e diversi paesi in via di sviluppo hanno evitato di ricorrere a questo modello, istituendo invece linee telefoniche d'emergenza o centri non residenziali per le donne in crisi che offrono alcuni degli stessi servizi di quelli residenziali.

Nei casi in cui non è possibile gestire un ricovero vero e proprio, le donne hanno spesso trovato altri modi di affrontare le emergenze collegate all'abuso domestico. Un approccio consiste nell'istituire una rete informale di "case sicure", per cui le donne in difficoltà possono

trovare riparo temporaneo nelle case dei vicini. Alcune comunità hanno identificato il luogo di culto locale – un edificio religioso o una chiesa, ad esempio – come un rifugio in cui le donne possono restare durante la notte con i propri figli per fuggire a partner ubriachi o violenti.

Interventi legali e riforme giuridiche

Criminalizzare l'abuso

Negli anni ottanta e negli anni novanta sono state realizzate diverse riforme legali nell'ambito dell'abuso fisico e sessuale da parte del partner (153, 154). Negli ultimi dieci anni, ad esempio, 24 paesi dell'America latina e i Caraibi hanno promulgato leggi specifiche sulla violenza domestica (154). Le riforme più comuni riguardano la criminalizzazione dell'abuso fisico, sessuale e psicologico da parte del partner, attraverso nuove leggi sulla violenza domestica o il miglioramento dei codici penali esistenti. Il messaggio alla base di tale legislazione consiste nel sostenere che la violenza nella coppia rappresenta un crimine e non sarà tollerata nella società. Rendere pubblico questo problema rappresenta anche un modo per sconfiggere l'idea che la violenza sia una questione privata, familiare. A parte l'introduzione di nuove leggi o l'ampliamento di quelle esistenti, in alcuni paesi industrializzati sono state sperimentate forme di sostegno a queste leggi attraverso l'introduzione di tribunali speciali per la violenza domestica, la formazione della polizia, dei funzionari del tribunale e degli avvocati dell'accusa, nonché mettendo a disposizione delle donne speciali consulenti per aiutarle nei rapporti con il sistema giudiziario. Sebbene fino a oggi non sia stata condotta una valutazione rigorosa di queste misure su vasta scala, la recente indagine sugli interventi relativi alla violenza familiare condotta dall'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti conclude così:

“Le prove aneddotiche suggeriscono come le unità specialistiche e le riforme globali dei dipartimenti di polizia, degli uffici della pubblica accusa e dei tribunali speciali abbiano migliorato l'esperienza dei bambini e delle donne vittime di violenza” (150).

Esperimenti simili sono attualmente in corso in altri luoghi. In India, ad esempio, i governi statali hanno istituito cellule di sostegno legale, tribunali di famiglia, *lok adalat* (tribunali del popolo), *mahilla lok adalat* (tribunali delle donne). Una recente valutazione osserva come tali organismi siano soprattutto meccanismi di conciliazione, che si basano esclusivamente sulla mediazione e la consulenza per promuovere la riconciliazione familiare. È stato tuttavia notato come tali istituzioni non siano soddisfacenti neanche come meccanismi di conciliazione e come i mediatori tendano a porre il benessere delle donne in secondo piano rispetto all'interesse dello Stato di mantenere la famiglia unita (155).

Leggi e politiche sull'arresto

Dopo i servizi di sostegno per le vittime, l'impegno per la riforma dei metodi della polizia è la seconda forma più comune di intervento contro la violenza domestica. Precedentemente, l'attenzione era focalizzata sulla formazione del corpo di polizia, ma quando la semplice attività di formazione si è dimostrata ampiamente inefficace nel modificare il comportamento della polizia, l'impegno si è spostato sul tentativo di istituire leggi che rendessero obbligatorio l'arresto per la violenza domestica e politiche che costringessero i funzionari del corpo di polizia ad assumere una posizione più attiva. La base teorica per considerare l'arresto un mezzo per ridurre la violenza domestica venne fornita da un progetto pilota del 1984 condotto a Minneapolis, Stati Uniti, che ha evidenziato come l'arresto avesse dimezzato il rischio di aggressioni future su un periodo di sei mesi, rispetto alle strategie che comportavano la sepa-

razione dei due partner o che consigliavano loro di cercare aiuto (156). I risultati di questo studio vennero ampiamente pubblicizzati e determinarono un cambiamento radicale nelle politiche della polizia nei confronti della violenza domestica in tutti gli Stati Uniti.

Gli sforzi per riprodurre i risultati di Minneapolis in altre cinque zone degli Stati Uniti, tuttavia, non riuscirono a confermare l'azione deterrente dell'arresto. Questi nuovi studi scoprirono che, in media, l'arresto come metodo per ridurre la violenza non era più efficace di altre risposte di polizia quali diffide, ordini di comparizione, consulenza alla coppia o sua separazione (157, 158). L'analisi dettagliata di questi studi ha prodotto anche alcuni altri interessanti risultati. Nel caso il responsabile della violenza fosse sposato, impiegato o avesse entrambe le caratteristiche, l'arresto riduceva il rischio di reiterazione del reato, ma nel caso di uomini disoccupati e senza legami, tale pratica in realtà portava a un aumento dell'abuso in alcune città. L'impatto dell'arresto inoltre variava in base alla comunità. Sugli uomini che vivevano in comunità con un basso tasso di disoccupazione l'arresto agiva da deterrente a prescindere dalla specifica situazione professionale; gli individui che vivevano in zone con un alto tasso di disoccupazione, invece, diventavano più violenti dopo l'arresto rispetto a quanto accadeva dopo una semplice diffida (159). Tali risultati hanno portato alcuni ricercatori a dubitare della validità delle leggi relative all'arresto obbligatorio nelle aree di estrema povertà (160).

Sanzioni alternative

Alcune comunità stanno sperimentando metodi alternativi all'arresto che scoraggino i comportamenti violenti. Un approccio nell'ambito del diritto civile consiste nell'emettere ordini giudiziari che proibiscono a un uomo di contattare o abusare della propria partner, lo obbligano a lasciare l'abitazione, gli ordinano di provvedere al mantenimento o al sostegno dei figli o gli impongono assistenza o trattamento obbligatorio per l'abuso di sostanze.

I ricercatori hanno osservato che, sebbene le vittime solitamente trovino utili gli ordini di protezione, le prove relative alla loro efficacia come deterrenti della violenza non sono univoche (161, 162). In uno studio condotto nelle città di Denver e Boulder, Stati Uniti, Harrell e Smith (163) hanno osservato che gli ordini protettivi si sono rivelati efficaci per almeno un anno nel prevenire il ripresentarsi della violenza domestica, rispetto a situazioni simili in cui non erano stati emessi. Gli studi tuttavia hanno mostrato come l'arresto per violazione di un ordine protettivo costituisca un'eventualità rara: ciò rende tendenzialmente inefficaci tali ordini per prevenire la violenza (164). Altre ricerche mostrano come gli ordini protettivi possano migliorare il livello di autostima di una donna ma presentano effetti limitati su uomini con gravi reati penali (165, 166).

In altre realtà, le comunità hanno sperimentato strategie quali l'esposizione alla riprovazione in pubblico, la realizzazione di picchetti presso l'abitazione o il luogo di lavoro del responsabile della violenza o l'obbligo di fornire un servizio alla comunità come punizione per un comportamento abusivo. In India, gli attivisti organizzano spesso le *dharna*, forme di esposizione alla riprovazione pubblica e di protesta, condotte di fronte all'abitazione o al luogo di lavoro degli uomini coinvolti (155).

Commissariati esclusivamente femminili

Alcuni paesi hanno provato a creare stazioni di polizia esclusivamente femminili, un'innovazione introdotta in Brasile che attualmente si è diffusa in tutta l'America latina e in alcune parti dell'Asia (167, 168). Sebbene auspicabile a livello teorico, alcune valutazioni mostrano come quest'iniziativa abbia finora manifestato diversi problemi (155, 168-172). Se da un lato la

presenza di un commissariato con personale esclusivamente femminile aumenta effettivamente il numero delle donne vittime di violenza che vi si rivolgono, spesso i servizi di cui queste donne hanno bisogno – consigli e consulenze legali – non sono disponibili presso tali strutture. Inoltre, la teoria secondo la quale il personale di polizia di sesso femminile sarebbe più attento alle vittime non si è sempre dimostrata vera e in alcune realtà la creazione di cellule di polizia specializzate nei crimini contro le donne ha fatto sì che le altre unità di polizia trascurassero con maggiore facilità le denunce delle donne. Un'indagine condotta sui commissariati esclusivamente femminili in India evidenzia che “le donne vittime di violenza sono obbligate a compiere lunghi viaggi per sporgere le proprie denunce presso stazioni di polizia esclusivamente femminili e non è possibile garantire loro un veloce intervento di protezione da parte della polizia locale”. Per essere percorribile, questa strategia deve essere accompagnata da un'opera di sensibilizzazione dei funzionari di polizia, da incentivi che incoraggino tale opera e dall'erogazione di una più ampia gamma di servizi (155, 168, 170).

Trattamento dei responsabili di abuso

I programmi di trattamento per i responsabili di violenza sul partner rappresentano un'innovazione che si è diffusa dagli Stati Uniti all'Australia, al Canada, all'Europa e a diversi paesi in via di sviluppo (173-175). La maggior parte di questi programmi utilizza una struttura di gruppo per discutere i ruoli legati al genere e insegnare abilità, tra cui la capacità di gestire la tensione e la rabbia, assumere la responsabilità delle proprie azioni e manifestare i propri sentimenti agli altri. Negli ultimi anni, sono stati compiuti sforzi per valutare questi programmi, anche se sono state incontrate difficoltà metodologiche che continuano a porre problemi nell'interpretazione dei risultati. Ricerche condotte negli Stati Uniti indicano che la maggioranza degli uomini (53-85%) che completano il programma di trattamento si mantiene fisicamente non violenta per un periodo che raggiunge i due anni, con percentuali più contenute per periodi di follow-up più prolungati (176, 177). Tali percentuali di successo, tuttavia, devono essere interpretate alla luce dell'elevato tasso di abbandono che tali programmi comportano; a livello globale, una percentuale compresa tra un terzo e metà di tutti gli uomini che si iscrivono a questi programmi non riesce a completarli (176) e molti degli individui che vengono inviati ai programmi non effettuano neanche l'iscrizione formale (178). Una valutazione del Programma di Prevenzione della Violenza del Regno Unito, ad esempio, ha mostrato che il 65% degli uomini non si era presentato alla prima sessione, il 33% aveva seguito meno di sei lezioni, e solo il 33% aveva proseguito anche al secondo livello (179).

Una recente valutazione dei programmi condotti in quattro città degli Stati Uniti ha osservato come la maggior parte delle donne vittime di violenza si sentisse “meglio” e “più sicura” dopo che il partner aveva iniziato un trattamento (177). Nonostante ciò, questo studio ha evidenziato che, dopo trenta mesi, circa la metà degli uomini aveva compiuto ancora un atto di violenza, e il 23% ne aveva compiuti ripetutamente e continuava a procurare lesioni gravi, mentre il 21% degli uomini non presentava più comportamenti violenti, né dal punto di vista fisico né da quello verbale. Il 60% delle coppie si era separato e il 24% non aveva più contatti.

Secondo una recente indagine internazionale condotta da ricercatori dell'Università di North London, Gran Bretagna (179), globalmente le valutazioni suggeriscono come i programmi di trattamento operino nel modo migliore quando:

- proseguono per periodi più lunghi piuttosto che più brevi;
- modificano gli atteggiamenti degli uomini in modo tale da farli discutere del proprio comportamento;
- sostengono la partecipazione al programma;

- operano parallelamente al sistema giudiziario che agisce in modo severo quando si creano incrinature nelle condizioni del programma.

A Pittsburgh, negli Stati Uniti, ad esempio, la percentuale di non partecipazione è crollata dal 36% al 6% tra il 1994 il 1997 quando il sistema giudiziario ha iniziato a emettere ordini d'arresto per gli uomini che non si presentavano all'intervista iniziale del programma (179).

Interventi del servizio sanitario

Negli ultimi anni l'attenzione si è dedicata a migliorare la risposta degli operatori dell'assistenza sanitaria alle vittime di abuso. La maggior parte delle donne entra comunque in contatto con il sistema sanitario a un certo punto della propria vita – quando ha bisogno di sistemi contraccettivi, ad esempio, in occasione del parto o quando i figli hanno bisogno di assistenza. Questo fatto rende il contesto sanitario un luogo ideale per la possibilità di individuare le donne vittime di abuso, fornire loro sostegno e se necessario indirizzarle a servizi specialistici. Sfortunatamente, gli studi mostrano che nella maggior parte dei paesi i medici e le infermiere raramente chiedono alle donne se hanno subito abusi o controllano la presenza di segni di violenza visibili (180-186).

Gli interventi esistenti si sono concentrati sulla sensibilizzazione degli operatori sanitari, incoraggiando lo screening di routine dell'abuso e creando protocolli per un'appropriata gestione dei casi. Un numero sempre maggiore di paesi – tra cui Brasile, Irlanda, Malesia, Messico, Nicaragua, Filippine e Sudafrica – ha introdotto progetti pilota di formazione degli operatori sanitari per individuare e rispondere all'abuso (187-189). Diversi paesi dell'America latina hanno anche incluso nelle proprie politiche sanitarie linee guida specifiche per affrontare la violenza domestica (190).

La ricerca indica che la realizzazione di modifiche procedurali durante l'assistenza al paziente da parte dell'operatore sanitario – quali ad esempio attaccare un promemoria sulla cartella o inserire domande sull'abuso nei formulari standard all'atto della registrazione – ottiene i risultati migliori sul comportamento degli stessi operatori (191, 192).

È inoltre importante affrontare le opinioni e gli atteggiamenti radicati. In Sudafrica, il Progetto di Agisanang di formazione e prevenzione dell'abuso domestico e il suo partner, l'unità di elaborazione dei sistemi sanitari dell'Università di Witwatersrand, hanno elaborato un corso di salute riproduttiva per le infermiere che presenta una forte componente relativa alla violenza domestica. In questi corsi, i detti popolari, le canzoni da matrimonio e i giochi di ruolo sono utilizzati in un esercizio di minuziosa analisi dei comuni concetti relativi alla violenza e al ruolo tradizionale di uomini e donne. L'esercizio è seguito dalla discussione sulle responsabilità delle infermiere in quanto operatori sanitari. L'analisi di un'indagine condotta successivamente a uno di questi corsi ha osservato come i partecipanti non giustificassero più le percosse a una donna e ritenessero possibile dover parlare di una donna violentata dal proprio marito.

Lo screening attivo per l'abuso – porre domande ai pazienti in merito alle loro possibili storie di violenza da parte del partner – è solitamente considerato una buona pratica in questo campo. Ciò nonostante, anche se da un lato gli studi hanno mostrato più di una volta che le donne apprezzano essere interrogate su questo problema in modo non formale (181, 132, 193), sono state condotte poche valutazioni sistematiche sulla validità dello screening per l'abuso come strumento per migliorare la sicurezza delle donne o il loro atteggiamento nei confronti della propria salute – e, se ciò accade, in quali situazioni (194).

L'impegno a livello di comunità

Attività di outreach

L'attività di outreach rappresenta uno degli aspetti più importanti della risposta al problema della violenza nella coppia da parte delle organizzazioni non governative. Gli operatori di outreach – solitamente educatori pari dei soggetti – visitano le vittime di violenza nelle loro case e nelle loro comunità. Le organizzazioni non governative spesso formano gli operatori scegliendoli dalle file di chi precedentemente era stato un utente, vittima a propria volta di violenza da parte del partner.

È risaputo che i progetti, sia quelli governativi sia quelli non governativi, utilizzano “difensori” – individui che offrono alle donne vittime di abuso informazioni e consigli nonché soprattutto aiuto nella gestione dei grovigli del sistema legale, dell'assistenza familiare e di altri benefici. Queste persone si occupano dei diritti legali delle vittime e del loro diritto all'assistenza, ed eseguono il proprio lavoro attraverso istituzioni assai diverse tra loro, come commissariati di polizia, uffici degli avvocati dell'accusa e ospedali.

Sono stati valutati diversi progetti di outreach. Il progetto *The domestic violence matters* di Islington, Londra, nel Regno Unito, inserisce avvocati civili nei commissariati locali, con il compito di contattare tutte le vittime di violenza da parte del partner entro 24 ore dal momento in cui si sono rivolte alla polizia. Un'altra iniziativa a Londra, il progetto *Domestic violence intervention* condotto a Hammersmith e Fulham, ha abbinato un programma di rieducazione per uomini violenti e interventi appropriati per le loro partner. Una recente indagine condotta su questi progetti ha riscontrato che il progetto di Islington ha ridotto il numero dei contatti ripetuti alla polizia e – per inferenza – ha ridotto il ripetersi della violenza domestica. Allo stesso tempo, ha incrementato l'utilizzo di nuovi servizi da parte delle donne, tra cui ricoveri, consulenze legali e gruppi di supporto. Il secondo progetto è riuscito a raggiungere un maggior numero di donne appartenenti a gruppi etnici di minoranza e di professioniste rispetto ad altri servizi per le vittime della violenza domestica (195).

Interventi coordinati a livello di comunità

I comitati di coordinamento o i forum tra le diverse agenzie costituiscono uno strumento sempre più utilizzato per monitorare e migliorare le risposte alla violenza nella coppia a livello di comunità (166). Il loro obiettivo consiste in:

- scambiare informazioni;
- individuare e affrontare i problemi relativi all'erogazione dei servizi;
- promuovere le buone pratiche attraverso la formazione e la creazione di linee guida;
- seguire i casi ed effettuare verifiche ufficiali per valutare l'azione delle diverse agenzie;
- promuovere la consapevolezza e la prevenzione a livello di comunità.

Questo tipo di intervento, derivato dai primi programmi pilota condotti in California, Massachusetts e Minnesota negli Stati Uniti, si è diffuso ampiamente nel resto degli Stati Uniti, in Canada, nel Regno Unito e in zone dell'America latina.

L'Organizzazione panamericana per la salute (PAHO), ad esempio, ha istituito progetti pilota in sedici paesi dell'America latina per provare questo approccio sia nel contesto urbano sia in quello rurale. Nelle aree rurali, i comitati di coordinamento comprendono membri quali il sacerdote, il sindaco, rappresentanti sanitari della comunità, magistrati e rappresentanti dei gruppi femminili. Il progetto PAHO è iniziato con uno studio di ricerca qualitativo – cono-

sciuto come *La Ruta Critica* – per analizzare ciò che accadeva alle donne quando chiedevano aiuto; i suoi risultati sono riassunti nel Box 4.2.

Questi interventi a livello di comunità sono stati raramente valutati. Uno studio ha osservato un aumento significativo dal punto di vista statistico della percentuale di interventi di polizia che si concludevano con un arresto, così come della percentuale di arresti che si trasformavano in processi, a seguito della realizzazione di un progetto di intervento a livello di comunità (196). Lo studio ha evidenziato anche un aumento significativo della percentuale di uomini obbligati a seguire un programma di counselling in ciascuna delle comunità, sebbene non sia chiaro l'impatto, se esistente, di queste azioni sui tassi di abuso.

Valutazioni qualitative hanno osservato come diversi interventi di questo tipo insistono innanzitutto sul coordinamento dei rifugi e del sistema giudiziario, a spese di un più ampio

Box 4.2 *La Ruta Critica*: uno studio delle risposte alla violenza domestica

Nel 1995 l'Organizzazione panamericana per la salute ha lanciato uno studio di comunità in 10 paesi dell'America latina (Belize, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama e Perù). L'obiettivo di questo studio consisteva nella registrazione del processo a cui una donna va incontro dopo aver subito una violenza domestica quando decide di uscire dal silenzio e cercare aiuto. Il nome spagnolo per questo processo era *La Ruta Critica* – il percorso critico – e si riferiva alla progressiva serie di decisioni e azioni che una donna deve fronteggiare quando decide di affrontare la situazione di violenza e le risposte che riceve dagli altri nella sua ricerca di aiuto. Ogni azione e ogni decisione presa dalla donna durante il percorso condiziona le azioni di altri, tra cui i fornitori di servizi e i membri della comunità e ciò che gli altri fanno, a sua volta, condiziona l'azione successiva della donna.

Le domande analizzate dallo studio riguardavano quindi le conseguenze della decisione della donna di cercare aiuto, le fonti a cui si rivolge, le sue motivazioni, nonché gli atteggiamenti e le risposte degli operatori a livello istituzionale e dei singoli. Lo studio qualitativo ha comportato più di 500 interviste approfondite con donne vittime di abuso e più di 1000 interviste con fornitori di servizi così come circa 50 incontri di gruppi dedicati.

Le donne vittime di violenza individuavano molti fattori che potevano spingere all'azione. Tra essi, il progressivo aggravarsi della violenza o la sua maggiore frequenza, con la conseguenza consapevolezza che il responsabile non sia in grado di cambiare. Un'importante motivazione per l'azione è il riconoscimento del rischio per la propria vita o per quella dei propri figli. Così come accade per i fattori che determinano l'azione, anche quelli che impediscono a una donna di cercare aiuto sono molteplici e collegati tra loro.

Lo studio ha osservato come le considerazioni economiche sembrano avere più importanza di quelle affettive. Diverse donne, ad esempio, hanno espresso preoccupazioni in merito alla propria capacità di provvedere economicamente a sé e ai propri figli. Le donne intervistate inoltre hanno spesso manifestato sentimenti di colpa, autocolpevolizzazione o inadeguatezza. Sono stati citati anche la corruzione e gli stereotipi presenti nel sistema giudiziario e nella polizia. Il fattore di inibizione maggiore, comunque, era la paura – che le conseguenze del raccontare la violenza o del lasciare il partner si rivelassero peggiori del sopportare la relazione stessa.

Dallo studio de *La Ruta Critica* si evince chiaramente come ci siano diversi fattori, interni ed esterni, che pesano sulla decisione della donna di agire per interrompere la violenza. Il processo è spesso lungo – in alcuni casi diversi anni – e implica diversi tentativi di cercare aiuto da fonti diverse. È difficile che un singolo atto determini la decisione di agire. L'evidenza mostra che, nonostante i notevoli ostacoli da superare, le donne vittime di abuso hanno spesso notevoli risorse per cercare aiuto e trovare modi per mitigare la violenza che viene loro inflitta.

coinvolgimento delle comunità religiose, delle scuole, del sistema sanitario o di altre agenzie di servizio sociale. Una recente indagine dei forum tra le diverse agenzie nel Regno Unito ha concluso che se da un lato i comitati di coordinamento possono migliorare la qualità dei servizi offerti alle donne e ai bambini, il lavoro interdipartimentale può agire da fumo negli occhi, nascondendo il fatto che in realtà i cambiamenti sono scarsi. L'indagine ha indicato come sia necessario che le organizzazioni individuino rigidi criteri di autovalutazione che comprendano la soddisfazione dell'utente e i reali mutamenti delle politiche e delle pratiche (197).

Campagne di prevenzione

Le organizzazioni femminili hanno utilizzato a lungo le campagne di comunicazione, i media su piccola scala e altri eventi per cercare di incrementare la consapevolezza relativa alla violenza nella coppia e modificare i comportamenti. È provato che tali campagne raggiungono un ampio numero di persone, anche se solo in alcuni casi ne è stata valutata l'efficacia relativamente alla modifica di atteggiamenti o comportamenti. Durante gli anni novanta, ad esempio, una rete di gruppi femminili in Nicaragua ha creato una campagna annuale sui mass media per aumentare la consapevolezza dell'impatto della violenza sulle donne (198). Tramite slogan quali *"Quiero vivir sin violencia"* (voglio vivere senza violenza), le campagne hanno mobilitato le comunità contro l'abuso. Analogamente il Fondo di sviluppo per le donne delle Nazioni Unite, insieme a diverse altre agenzie delle Nazioni Unite, sponsorizza una serie di campagne regionali contro la violenza legata al sesso incentrata sullo slogan "Una vita libera dalla violenza: un nostro diritto" (199). Un progetto di comunicazione analizzato è il progetto sanitario multimedia conosciuto come *Soul City*, in Sudafrica – un progetto che combina sceneggiati televisivi e radiofonici di prime-time e altre attività educative. Una parte è dedicata specificamente alla violenza domestica (vedere Box 9.1 all'interno del Capitolo 9, Parte seconda). La valutazione di questo progetto ha osservato un incremento delle conoscenze e della consapevolezza relative alla violenza domestica, la modifica di atteggiamenti e norme e un maggiore desiderio di agire in modo appropriato da parte delle persone a cui si indirizzava il progetto.

Programmi scolastici

Nonostante il numero sempre maggiore delle iniziative indirizzate ai giovani per la prevenzione della violenza, solo poche affrontano in modo specifico il problema della violenza all'interno della relazione di coppia. Esiste ampio spazio, tuttavia, per inserire materiale relativo a relazione di coppia, ruolo dei sessi, nonché coercizione e controllo, nei programmi già in atto che mirano a ridurre la violenza a scuola, il bullismo, la delinquenza e altri comportamenti problematici, così come nei programmi che si occupano di salute riproduttiva e sessuale.

I programmi per i giovani dedicati esplicitamente all'abuso all'interno della relazione di coppia sono costituiti solitamente da iniziative indipendenti sponsorizzate da organismi che operano per ridurre la violenza contro le donne (Box 4.3). Solo una manciata di questi programmi è stata valutata, tra cui un progetto condotto in Canada (200) e due negli Stati Uniti (201, 202). Utilizzando strutture sperimentali, queste valutazioni hanno evidenziato modifiche positive delle conoscenze e degli atteggiamenti nei confronti della violenza nella coppia (vedere anche 203). Uno dei programmi condotti negli Stati Uniti ha osservato una riduzione della violenza dopo un mese. Sebbene i suoi effetti sul comportamento siano svaniti dopo un anno, quelli relativi ai modelli di violenza all'interno della coppia, alle abilità per risolvere i conflitti e alle conoscenze sono rimasti intatti (201).

Principi di buona pratica

Un corpus sempre più abbondante di conoscenze relative alla violenza da parte del partner, accumulato in molti anni da un ampio numero di operatori, avvocati e ricercatori, suggerisce una serie di principi che possono guidare la “buona pratica” in questo campo. Tali principi comprendono:

- Le azioni volte ad affrontare la violenza devono essere attuate a livello nazionale e locale.
- Il coinvolgimento delle donne nell’elaborazione e nell’implementazione dei progetti e la loro sicurezza devono costituire il fondamento di ogni decisione relativa agli interventi.
- Gli sforzi per migliorare la risposta delle istituzioni – tra cui polizia, operatori dell’assistenza sanitaria e sistema giudiziario – devono andare oltre la formazione e riguardare il cambiamento della cultura a livello istituzionale.
- Gli interventi devono interessare un’ampia gamma di settori diversi e operare in modo coordinato.

Box 4.3 Promuovere la non violenza: alcuni esempi di programmi di prevenzione primaria

Quelli che seguono sono alcuni dei molti esempi provenienti da tutto il mondo di programmi innovativi per prevenire la violenza nella coppia.

A Calabar, Nigeria, la *Girl’s power initiative* si rivolge alle ragazze giovani. Esse si incontrano ogni settimana per un periodo di 3 anni per discutere apertamente di diversi problemi legati a sessualità, salute e diritti delle donne, relazioni e violenza domestica. Tra gli argomenti specifici del programma, elaborato per creare autostima e insegnare capacità di autoprotezione, si trovavano attitudini sociali che espongono le donne al rischio di stupro e capacità di distinguere tra amore e infatuazione.

L’*Education wife assault* di Toronto, in Canada, opera con donne immigrate e rifugiate, attraverso speciali laboratori di acquisizione di tecniche, aiutandole a elaborare campagne di prevenzione della violenza culturalmente appropriate per le loro comunità. Questo progetto fornisce assistenza tecnica, offrendo alle donne la capacità di condurre le proprie campagne. Allo stesso tempo, offre loro anche sostegno affettivo per aiutarle a superare la discriminazione che spesso colpisce le donne che si battono contro la violenza in ambito domestico, considerate una possibile minaccia per la coesione della comunità.

In Messico, l’organizzazione non governativa *Istituto Mexicano de Investigacion de Familia y Poblacion* ha creato un gruppo di lavoro per adolescenti con lo scopo di aiutare a prevenire la violenza durante gli appuntamenti tra innamorati e nelle relazioni tra amici. Con il titolo *Faces and masks of violence* (Facce e maschere della violenza) il progetto utilizza tecniche di anticipazione per aiutare i giovani a esplorare le aspettative e i sentimenti relativi ad amore, desiderio e sesso, e a comprendere il modo in cui i tradizionali ruoli di genere possono inibire il comportamento, in entrambi i sessi.

A Trinidad e Tobago, l’organizzazione non governativa SERVOL (*Service Volunteered for All*) conduce gruppi di lavoro di 14 settimane per adolescenti, aiutandoli a elaborare relazioni sane e ad acquisire competenze genitoriali. Il progetto aiuta questi giovani a comprendere come l’essere genitori abbia contribuito a formarli e insegna loro come non ripetere gli errori che i genitori e i parenti possono aver commesso nel crescere le proprie famiglie. Come conseguenza, gli studenti scoprono come riconoscere e gestire le proprie emozioni e diventano più sensibili al modo in cui precoci traumi fisici e psicologici possono condurre a un comportamento distruttivo in una successiva fase della vita.

Azione a tutti i livelli

Un'indicazione importante che emerge da tutti gli sforzi di prevenzione della violenza riguarda la consapevolezza che le azioni debbano essere intraprese sia a livello nazionale sia a livello locale. Nel primo caso, le priorità comprendono il miglioramento dello status delle donne, la determinazione di norme, politiche e leggi appropriate sull'abuso e la creazione di un ambiente sociale che favorisca le relazioni non violente.

Diversi paesi, sia nel mondo industrializzato sia in quello in via di sviluppo, hanno ritenuto utile creare un meccanismo formale per elaborare e implementare programmi nazionali di intervento. Tali programmi dovrebbero comprendere obiettivi chiari, definizioni di responsabilità e tempistiche nonché il supporto di risorse adeguate.

L'esperienza comunque mostra come il solo impegno a livello nazionale sia insufficiente a trasformare il panorama della violenza all'interno della coppia. Anche nei paesi industrializzati, in cui i movimenti nazionali contro tale tipo di violenza esistono da più di 25 anni, le possibilità di aiuto a disposizione di una donna vittima di abuso e le risposte da parte di istituzioni quali la polizia variano ancora profondamente in base alla località. Dove esiste l'impegno della comunità per prevenire la violenza e vi sono gruppi specifici che si occupano di formazione e di monitoraggio delle attività degli organismi ufficiali, le vittime di abuso vivono decisamente meglio rispetto alle situazioni in cui questi supporti non esistono (204).

Coinvolgimento delle donne

È necessario che gli interventi siano strutturati per operare insieme alle donne – solitamente i migliori giudici della propria situazione – e per rispettare le loro decisioni. Recenti indagini di un'ampia gamma di programmi contro la violenza domestica negli stati indiani di Gujarat, Karnataka, Madhya Pradesh e Maharashtra, ad esempio, hanno decisamente dimostrato come il successo o il fallimento dei progetti fosse nettamente determinato dagli atteggiamenti degli organizzatori nei confronti della violenza da parte del partner e dall'attenzione che essi prestavano agli interessi delle donne nella pianificazione e nell'implementazione degli interventi (205).

Anche la sicurezza delle donne dovrebbe essere considerata con attenzione quando si pianificano e si realizzano gli interventi. Quando questi ultimi ritengono prioritaria la sicurezza e l'autonomia delle donne i risultati sono decisamente più soddisfacenti. Sono stati sollevati dubbi, ad esempio, in merito alle leggi che obbligano gli operatori dell'assistenza sanitaria a denunciare i possibili casi di abuso alla polizia. Questo tipo di intervento esautorava le donne e si è solitamente dimostrato controproducente. Rischia infatti di mettere in pericolo la sicurezza della donna e di ridurre la probabilità che essa cerchi assistenza (206-208). Queste leggi inoltre trasformano gli operatori sanitari in emanazioni del sistema giudiziario e sono in contrasto con il concetto di protezione affettiva che l'ambiente sanitario dovrebbe fornire (150).

Cambiamenti culturali a livello istituzionale

Un impegno a breve termine per sensibilizzare chi agisce all'interno delle istituzioni produce pochi cambiamenti duraturi se non è accompagnato da un reale sforzo di coinvolgimento di tutta l'istituzione. In questo senso, la natura della leadership, il modo in cui le prestazioni sono valutate e riconosciute nonché i problemi e le convinzioni a livello culturale costituiscono aspetti di estrema importanza (209, 210). Nel caso della riforma della pratica sanitaria, la semplice formazione si è dimostrata raramente sufficiente a modificare l'atteggiamento istituzionale nei confronti delle vittime di violenza (211, 212). Anche se la formazione può migliorare le conoscenze della pratica a breve termine, il suo impatto solitamente si affievolisce velocemente se non è accompagnato da modifiche istituzionali delle politiche e della performance (211, 213).

Approccio multisettoriale

È necessaria la collaborazione di diversi settori per affrontare il problema della violenza da parte del partner, come la polizia, i servizi sanitari, il sistema giudiziario e i servizi di sostegno sociale. Storicamente, la tendenza dei diversi progetti è sempre stata quella di concentrarsi su un singolo settore, atteggiamento che l'esperienza ha spesso dimostrato poco produttivo (155).

Raccomandazioni

Le prove disponibili mostrano come la violenza contro le donne da parte del partner rappresenti un problema grave e diffuso in tutte le parti del mondo. Esiste inoltre una documentazione sempre più approfondita dell'impatto negativo della violenza sulla salute fisica e mentale delle donne e sul loro benessere in generale. Qui di seguito vengono elencate le principali raccomandazioni per l'azione:

- I governi e gli altri enti donatori dovrebbero essere incoraggiati a investire risorse decisamente più elevate nella ricerca sulla violenza da parte del partner nei prossimi dieci anni.
- I programmi dovrebbero dedicare maggiore attenzione a creare le capacità di trattare il problema della violenza nella coppia per famiglie, amici e gruppi di comunità, comprese le comunità religiose.
- I programmi relativi a questo tipo di violenza dovrebbero essere integrati con altri programmi, quali quelli che si occupano di violenza giovanile, gravidanze nell'adolescenza, abuso di sostanze e altre forme di violenza familiare.
- I programmi si dovrebbero concentrare sulla prevenzione primaria della violenza da parte del partner.

La ricerca sulla violenza da parte del partner

La mancanza di una chiara comprensione teorica delle cause della violenza da parte del partner e della sua effettiva relazione con altre forme di violenza interpersonale ha vanificato gli sforzi per costruire una risposta globale ed efficace. È necessario elaborare studi che migliorino la comprensione della violenza su diversi fronti, e precisamente:

- Studi per esaminare la prevalenza, le conseguenze nonché i fattori di rischio e di protezione per la violenza da parte del partner in diversi contesti culturali, che utilizzino metodologie standardizzate.
- Ricerche longitudinali sul percorso del comportamento violento nel tempo, che esaminino le eventuali, diverse modalità rispetto allo sviluppo di altri comportamenti violenti.
- Studi che esplorino l'impatto della violenza nel corso della vita di una persona, analizzando l'impatto relativo dei diversi tipi di violenza sulla salute e sul benessere e l'eventualità che effetti diversi siano cumulativi.
- Studi che esaminino la storia familiare di adulti che intrattengono relazioni sane, non violente, nonostante esperienze passate considerate fattori di rischio per lo sviluppo di un atteggiamento violento.

Oltre a ciò è necessario condurre ricerche più approfondite sugli interventi, sia per esercitare pressioni sui responsabili delle decisioni in modo che sollecitino maggiori investimenti sia per migliorare la struttura e l'implementazione dei programmi. Nei prossimi dieci anni sarebbe necessario rendere prioritari i seguenti aspetti:

- Creare una documentazione delle diverse strategie e degli interventi in atto in tutto il mondo nella lotta alla violenza da parte del partner.

- Elaborare studi che valutino i costi economici di questo tipo di violenza.
- Valutare gli effetti a breve e a lungo termine dei programmi di prevenzione e di risposta alla violenza da parte del partner – compresi programmi di educazione scolastica, modifiche a livello legale e politico, servizi per le vittime, programmi mirati per i responsabili di violenza e campagne per modificare gli atteggiamenti e i comportamenti sociali.

Potenziamento delle fonti informali di sostegno

Molte donne non chiedono aiuto ai servizi o ai sistemi ufficiali a loro dedicati. È pertanto di importanza vitale allargare le fonti informali di sostegno attraverso reti di vicinato e di amici, gruppi religiosi o di altro tipo a livello di comunità o dei luoghi di lavoro (6, 61, 183, 214). Il modo in cui questi gruppi informali o singoli individui risponderanno alla richiesta di aiuto determinerà la reazione della vittima, che sceglierà di agire o di ritirarsi nell'isolamento e nella vergogna (214).

Esiste ampio spazio per programmi che vogliano creare risposte costruttive da parte della famiglia e degli amici. Un programma innovativo condotto a Iztacalco, in Messico, ha utilizzato manifestazioni della comunità, media su piccola scala (poster, opuscoli e audiocassette) e workshop per aiutare le vittime di violenza a parlare dell'abuso subito e per mostrare agli amici e agli altri membri della famiglia come comportarsi in tali situazioni (215).

Coordinamento e collaborazione con altri programmi sociali

Esiste una notevole sovrapposizione tra i fattori che aumentano il rischio di diversi comportamenti problematici (216). Sembra ci sia inoltre una significativa continuità tra un comportamento aggressivo nell'infanzia e una molteplicità di comportamenti problematici nell'adolescenza e nella prima età adulta (vedere Capitolo 2). Si sovrappongono anche gli approfondimenti che la ricerca ha ottenuto in questi tipi di violenza. Si osserva un evidente bisogno di intervenire al più presto nei nuclei familiari ad alto rischio e di fornire sostegno e altri servizi prima che si instaurino nella famiglia modalità di comportamento non funzionali, che preparano il terreno a un comportamento abusivo nell'adolescenza o dell'età adulta.

Sfortunatamente, il coordinamento attuale nella ricerca e tra i diversi programmi relativi a violenza giovanile, abuso sui minori, abuso di sostanze e violenza della coppia è scarso, nonostante tutti questi problemi coesistano regolarmente nelle famiglie. Per ottenere un miglioramento reale è necessario prestare attenzione all'elaborazione di modalità di comportamento aggressivo – modalità che spesso iniziano nell'infanzia. Delle risposte di prevenzione integrate che si occupino del legame tra i diversi tipi di violenza possono ridurre alcune manifestazioni della violenza.

Investire nella prevenzione primaria

L'importanza della prevenzione primaria nell'ambito della violenza da parte del partner è spesso messa in ombra dall'importanza dell'ampio numero di programmi che, comprensibilmente, cercano di trattare le immediate e numerose conseguenze della violenza.

È necessario che i politici così come gli attivisti in questo campo dedichino maggiore attenzione a quello che è considerato l'immenso compito di creare un ambiente sociale che faciliti e promuova relazioni personali paritarie e non violente. Fondamento di tale ambiente sarebbe la nuova generazione di bambini che dovrebbero diventare adulti con abilità migliori di quelle avute in generale dai loro genitori per gestire le relazioni e risolvere i conflitti, con maggiori opportunità per il proprio futuro e con nozioni più appropriate sul modo in cui uomini e donne possono entrare in relazione tra loro e condividere il potere.

Conclusioni

La violenza da parte del partner rappresenta un importante problema di salute pubblica. Per risolverlo è necessario coinvolgere diversi settori che collaborino a livello comunitario, nazionale e internazionale. A ogni livello, le risposte devono prevedere maggiore potere alle donne e alle giovani, azioni che raggiungano gli uomini, attenzione ai bisogni delle vittime e pene più severe per i responsabili di violenza. È fondamentale coinvolgere i bambini e i giovani e impegnarsi per modificare le norme sociali e della comunità. Il progresso ottenuto in ciascuna di queste aree rappresenterà la chiave per ottenere una riduzione globale della violenza da parte del partner.

Bibliografia

1. Crowell N, Burgess AW. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
2. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, DC, World Bank, 1994 (Discussion Paper No. 255).
3. Koss MP et al. *No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community*. Women Survey. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
6. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
7. *Violence against women: a priority health issue*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FRH/WHO/97.8).
8. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63–77.
9. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
10. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. *Hitting home: men speak about domestic abuse of women partners*. Wellington, New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995.
11. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. [Reproductive health and violence against women: a gender perspective.] Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
12. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241–244.
13. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
14. Ellsberg M et al. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*, 2001, 32:1–16.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
16. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements*, Version 1.0. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
17. Ellsberg M, Heise L, Shrader E. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Washington, DC, Center for Health and Gender Equity, 1999.
18. Smith PH, Smith JB, Earp JAL. Beyond the measurement trap: a reconstructed conceptualization and measurement of battering. *Psychology of Women Quarterly*, 1999, 23:177–193.
19. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
20. Cabaraban M, Morales B. *Social and economic consequences for family planning use in southern*

- Philippines*. Cagayan de Oro, Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998.
21. Cabrejos MEB et al. *Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio: un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*. [Paths of women who broke the silence: a qualitative study of help-seeking by women affected by family violence.] Lima, Proyecto Violencia Contra las Mujeres y las Niñas and World Health Organization, 1998.
 22. Mouzos J. *Femicide: the killing of women in Australia 1989–1998*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1999.
 23. Juristat. *Homicide in Canada*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
 24. Gilbert L. Urban violence and health: South Africa 1995. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:873–886.
 25. Bailey JE et al. Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 1997, 157:777–782.
 26. Fox JA, Zawitz MW. *Homicide trends in the United States*. Washington, DC, Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice, 1999.
 27. Carcach C, James M. *Homicide between intimate partners in Australia*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1998.
 28. *When men murder women: an analysis of 1996 homicide data*. Washington, DC, Violence Policy Center, 2000.
 29. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
 30. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PL, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993.
 31. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 1995, 57:283–294.
 32. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62:948–963.
 33. Kantor GK, Jasinski JL. Dynamics and risk factors in partner violence. In: Jasinski JL, Williams LM, eds. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
 34. Morse BJ. Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 1995, 10:251–272.
 35. Brush LD. Violent acts and injurious outcomes in married couples: methodological issues in the national survey of family and households. *Gender and Society*, 1990, 4:56–67.
 36. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 2000.
 37. Saunders DG. When battered women use violence: husband-abuse or self-defense? *Violence and Victims*, 1986, 1:47–60.
 38. DeKeseredy WS et al. The meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships: results from a national survey. *Sociological Spectrum*, 1997, 17:199–222.
 39. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729–1742.
 40. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia*. A summary. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
 41. Michau L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, DC, 9–11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:4–9.
 42. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
 43. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*,

- Washington, DC, 9–11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36–41.
44. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights*. London, Zed Books, 1998:180–216.
 45. Hassan Y. The haven becomes hell: a study of domestic violence in Pakistan. Lahore, Shirkat Gah Women's Resource Centre, 1995.
 46. Bradley CS. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. In: *Domestic violence in Papua New Guinea*. Boroko, Papua New Guinea Law Reform Commission, 1985:32–71.
 47. Jejeebhoy SJ. Wife-beating in rural India: a husband's right? *Economic and Political Weekly*, 1998, 33:855–862.
 48. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey 1995*. Calverton, MD, Macro International, 1996.
 49. Rosales J et al. *Encuesta Nicaraguense de demografía y salud, 1998*. [1998 Nicaraguan demographic and health survey.] Managua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999.
 50. David F, Chin F. *Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas*. Iloilo City, Central Philippines University and Family Health International, 1998.
 51. Bawah AA et al. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 1999, 30:54–66.
 52. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gender and Development*, 1997, 5:41–46.
 53. Khan ME et al. *Sexual violence within marriage*. Seminar (New Delhi), 1996:32–35.
 54. Jenkins C for the National Sex and Reproduction Research Team. *National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea*. Goroka, Papua New Guinea Institute of Medical Research, 1994.
 55. Heise L. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women* 1998, 4:262–290.
 56. Rao V. Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1169–1179.
 57. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
 58. Romero M. *Violencia sexual y domestica: informe de la fase cuantitativa realizada en el centro de atención a adolescentes de San Miguel de Allende*. [Sexual and domestic violence: report from the qualitative phase from an adolescent center in San Miguel de Allende.] Mexico City, Population Council, 1994.
 59. Campbell J et al. Voices of strength and resistance: a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 13:743–762.
 60. Dutton MA. Battered women's strategic response to violence: the role of context. In: Edelson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. London, Sage, 1996:105–124.
 61. Sagot M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. [The critical path followed by women victims of domestic violence in Latin America: case studies from ten countries.] Washington, DC, Pan American Health Organization, 2000.
 62. O'Conner M. *Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men*. Dublin, Women's Aid, 1995.
 63. Short L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, DC, 9–11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:27–31.
 64. George A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:87–95.

65. Ellsberg M et al. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:547–555.
66. Bunge VP, Levett A. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
67. Campbell JC, Soeken KL. Women's responses to battering: a test of the model. *Research in Nursing and Health*, 1999, 22:49–58.
68. Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy, and potential. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:185–187.
69. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1998, 27:700–706.
70. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371–392.
71. Campbell J. *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.
72. Wilson M, Daly M. Spousal homicide. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–15.
73. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.
74. Levinson D. *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.
75. Dutton DG. *The domestic assault of women: psychological and criminal justice perspectives*. Vancouver, University of British Columbia Press, 1995.
76. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (available on the Internet at <http://www.nnh.org/risk>).
77. Moffitt TE, Caspi A. *Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study, New Zealand*. Washington, DC, National Institutes of Justice, 1999.
78. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada. [Violence behind closed doors: the battered women.]* Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
79. Nelson E, Zimmerman C. *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Phnom Penh, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, 1996.
80. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
81. Moreno Marti'n F. La violencia en la pareja. [Intimate partner violence.] *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, 5:245–258.
82. Caesar P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*, 1998, 3:49–63.
83. Parry C et al. Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa. *Curationis*, 1996, 19:2–5.
84. Kyriacou DN et al. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Annals of Emergency Medicine*, 1998, 31:502–506.
85. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
86. International Clinical Epidemiologists Network (INCLEN). *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women and Centre for Development and Population Activities, 2000.
87. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421–428.
88. Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:171–181.
89. Gelles R. Alcohol and other drugs are associated with violence – they are not its cause. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:182–196.
90. MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, IL, Aldine, 1969.

91. Abrahams N, Jewkes R, Laubsher R. *I do not believe in democracy in the home: men's relationships with and abuse of women*. Tyberberg, Centre for Epidemiological Research in South Africa, Medical Research Council, 1999.
92. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131–146.
93. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417–426.
94. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:35–49.
95. Straus M et al. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48:465–479.
96. Byrne CA et al. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:362–366.
97. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 1996, 19:33–44.
98. Leserman J et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58:4–15.
99. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342–347.
100. Walker E et al. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 1999, 107:332–339.
101. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362–1368.
102. Dickinson LM et al. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:35–43.
103. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
104. Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Science and Law*, 1991, 9:85–96.
105. Follette V et al. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9:25–35.
106. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. New York, NY, Population Council, 1995.
107. Najera TP, Gutierrez M, Bailey P. Bolivia: follow-up to the 1994 *Demographic and Health Survey, and women's economic activities, fertility and contraceptive use*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1998.
108. Ballard TJ et al. Violence during pregnancy: measurement issues. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:274–276.
109. Campbell JC. Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology*, 1995, 19:301–306.
110. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 92:530–534.
111. Gazmararian JA et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275:1915–1920.
112. Newberger EH et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:2370–2372.
113. Bullock LF, McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 1989, 89:1153–1155.

114. Murphy C et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164:1567–1572.
115. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 1994, 84:323–328.
116. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mexicana*, 1996, 38:352–362.
117. Valladares E et al. *Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight* [Dissertation]. Umeå, Department of Epidemiology and Public Health, Umeå University, 1999.
118. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case–control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76:591–598.
119. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–85. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:643–651.
120. Dannenberg AL et al. Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, 172: 1557–1564.
121. Harper M, Parsons L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992–1994. *Obstetrics and Gynecology*, 1997, 90:920–923.
122. Brown D. In Africa, fear makes HIV an inheritance. *Washington Post*, 30 June 1998, Section A:28.
123. Quigley M et al. Case–control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 5:418–425.
124. Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:99–125.
125. Walker EA et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59:572–577.
126. Walker EA et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150:1502–1506.
127. Delvaux M, Denis P, Allemand H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls: results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1997, 9:345–352.
128. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41–70.
129. Roberts GL et al. How does domestic violence affect women's mental health? *Women's Health*, 1998, 28:117–129.
130. Ellsberg M et al. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 1999, 54:30–36.
131. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65:195–201.
132. Danielson KK et al. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:131–133.
133. Bergman B et al. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83:380–384.
134. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
135. Abbott J et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1763–1767.
136. Amaro H et al. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 1990, 80:575–579.
137. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 1991, 84:328–331.

138. Koss M. The impact of crime victimization on women's medical use. *Journal of Women's Health*, 1993, 2:67–72.
139. Morrison AR, Orlando MB. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:51–80.
140. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1997, 12:165–172.
141. IndiaSAFE Steering Committee. *IndiaSAFE final report*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999.
142. Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*, 1999, 5:393–426.
143. Lloyd S, Taluc N. The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 1999, 5:370–392.
144. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 1995, 66:1239–1261.
145. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14:839–870.
146. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary KD. Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:453–455.
147. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
148. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning*, 1998, 29:300–308.
149. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, in press.
150. Chalk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
151. Spindel C, Levy E, Connor M. *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
152. Plichta SB. Identifying characteristics of programs for battered women. In: Leinman JM et al., eds. *Addressing domestic violence and its consequences: a policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. New York, NY, The Commonwealth Fund, 1998:45.
153. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University, 1996.
154. Mehrotra A. *Gender and legislation in Latin America and the Caribbean*. New York, United Nations Development Programme Regional Bureau for Latin America and the Caribbean, 1998.
155. Mitra N. *Best practices among response to domestic violence: a study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [draft]*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1998.
156. Sherman LW, Berk RA. The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review*, 1984, 49:261–272.
157. Garner J, Fagan J, Maxwell C. Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 1995, 11:3–28.
158. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol. 3. Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1994:115–292.
159. Marciniak E. *Community policing of domestic violence: neighborhood differences in the effect of arrest*. College Park, MD, University of Maryland, 1994.
160. Sherman LW. The influence of criminology on criminal law: evaluating arrests for misdemeanor domestic violence. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1992, 83:1–45.

161. National Institute of Justice and American Bar Association. *Legal interventions in family violence: research findings and policy implications*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1998.
162. Grau J, Fagan J, Wexler S. Restraining orders for battered women: issues of access and efficacy. *Women and Politics*, 1984, 4:13–28.
163. Harrell A, Smith B. Effects of restraining orders on domestic violence victims. In: Buzawa ES, Buzawa CG, eds. *Do arrests and restraining orders work?* Thousand Oaks, CA, Sage, 1996.
164. Buzawa ES, Buzawa CG. *Domestic violence: the criminal justice response*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
165. Keilitz S et al. *Civil protection orders: victims' views on effectiveness*. Washington, DC, National Institute of Justice, 1998.
166. Littel K et al. *Assessing the justice system response to violence against women: a tool for communities to develop coordinated responses*. Pennsylvania, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1998 (available on the Internet at <http://www.vaw.umn.edu/Promise/PP3.htm>).
167. Larrain S. Curbing domestic violence: two decades of activism. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:105–130.
168. Poonacha V, Pandey D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujarat. In: Duvvury N, ed. *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999:28–41.
169. Estremadoyro J. *Violencia en la pareja: comisarias de mujeres en el Perú. [Violence in couples: police stations for women in Peru.]* Lima, Ediciones Flora Tristan, 1993.
170. Hautzinger S. *Machos and policewomen, battered women and anti-victims: combatting violence against women in Brazil*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1998.
171. Mesquita da Rocha M. Dealing with crimes against women in Brazil. In: Morrison AR, Biehl L, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:151–154.
172. Thomas DQ. In search of solutions: women's police stations in Brazil. In: Davies M, ed. *Women and violence: realities and responses worldwide*. London, Zed Books, 1994:32–43.
173. Corsi J. Treatment for men who batter women in Latin America. *American Psychologist*, 1999, 54:64.
174. Cervantes Islas F. Helping men overcome violent behavior toward women. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:143–147.
175. Axelson BL. Violence against women: a male issue. *Choices*, 1997, 26:9–14.
176. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. In: Stith SR, Staus MA, eds. *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations, 1995:262–273.
177. Gondolf E. *A 30-month follow-up of courtmandated batterers in four cities*. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (available on the Internet at <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm>).
178. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83–98.
179. Mullender A, Burton S. *Reducing domestic violence: what works? Perpetrator programmes*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
180. Sugg NK et al. Domestic violence and primary care: attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:301–306.
181. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 1997, 90:1075–1080.
182. Friedman LS et al. Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 1992, 152:1186–1190.

183. *Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: análisis y resultados de investigación.* [Help-seeking by victims of family violence: analysis and research results.] Panama City, Pan American Health Organization, 1998.
184. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72(1 Suppl.):S19–S25.
185. Fawcett G et al. *Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud.* [Detecting and dealing with women victims of domestic violence: the development and evaluation of a programme for health workers.] Mexico City, Population Council, 1998.
186. Watts C, Ndlovu M. Addressing violence in Zimbabwe: strengthening the health sector response. In: *Violence against women in Zimbabwe: strategies for action*. Harare, Musasa Project, 1997:31–35.
187. d'Oliviera AFL, Schraiber L. Violence against women: a physician's concern? In: *Fifteenth FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Copenhagen, Denmark, 3–8 August 1997*. London, International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 1997:157–163.
188. Leye E, Githaniga A, Temmerman M. *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 1999.
189. *Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica? Orientaciones básicas para el personal de salud.* [Care of women living with domestic violence: orientation for health care personnel.] Managua, Red de Mujeres Contra la Violencia, 1999.
190. *Achievements of project "Toward a comprehensive model approach to domestic violence: expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society"*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 1999.
191. Olson L et al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 27:741–746.
192. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:44–46.
193. Kim J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. In: *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 1999:101–107.
194. Davison L et al. *Reducing domestic violence: what works? Health services*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
195. Kelly L, Humphreys C. *Reducing domestic violence: what work? Outreach and advocacy approaches*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
196. Gamache DJ, Edleson JS, Schock MD. Coordinated police, judicial, and social service response to woman battering: a multiple baseline evaluation across three communities. In: Hotelling GT et al., eds. *Coping with family violence: research and policy perspectives*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988:193–209.
197. Hague G. *Reducing domestic violence: what works? Multi-agency fora*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
198. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 1997, 10:82–92.
199. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
200. Jaffe PG et al. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 1992, 7:129–146.
201. Foshee VA et al. The Safe Dates program: one-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1619–1622.
202. Krajewski SS et al. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *Journal of Family Violence*, 1996, 11:93–112.

203. Lavoie F et al. Evaluation of a prevention program for violence in teen dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 1995, 10:516–524.
204. Heise L. Violence against women: global organizing for change. In: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:7–33.
205. *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999.
206. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion: mandatory reporting of domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1998, 62:93–95.
207. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
208. Jezierski MB, Eickholt T, McGee J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence. *Journal of Emergency Nursing*, 1999, 25:79–80.
209. Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training*. New York, NY, AVSC International, 1998.
210. Cole TB. Case management for domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:513–514.
211. McLeer SV et al. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18:651–653.
212. Tilden VP, Shepherd P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: use of a nursing protocol. *Research in Nursing Health*, 1987, 10:209–215.
213. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235–242.
214. Kelly L. Tensions and possibilities: enhancing informal responses to domestic violence. In: Edelson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:67–86.
215. Fawcett GM et al. Changing community responses to wife abuse: a research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 1999, 54:41–49.
216. Carter J. *Domestic violence, child abuse, and youth violence: strategies for prevention and early intervention*. San Francisco, CA, Family Violence Prevention Fund, 2000.

Appendice statistica

Background

Ogni anno, più di 100 paesi inviano all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) informazioni dettagliate sul numero dei decessi dovuti a diverse malattie, patologie o infortuni. I dati di questi paesi, membri dell'OMS, sono tratti dalle statistiche demografiche ed elaborati utilizzando i codici della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) (1, 2). I morti rilevati ogni anno in tutto il mondo sono circa 17 milioni. I dati provenienti da questi sistemi così come quelli forniti da indagini, censimenti e studi epidemiologici sono analizzati dall'OMS per la costruzione dei modelli di causa di morte per paese, regione e mondo intero.

L'OMS ha utilizzato questi dati, insieme ad altre informazioni, anche per valutare il peso globale della malattia. I risultati, pubblicati per la prima volta nel 1996, rappresentano la valutazione più completa mai elaborata di mortalità e morbidità globali (3). Una nuova valutazione del peso globale della malattia per l'anno 2000 è attualmente in fase di elaborazione (4). In questa sede vengono presentate le stime del peso globale delle lesioni per l'anno 2000. Di seguito viene fornita una descrizione delle tabelle inserite nell'appendice e dei dati utilizzati per produrre le stime delle morti legate alla violenza, relative all'anno 2000⁽¹⁾.

Tipi di tabelle

L'appendice statistica comprende tre tipi di tabelle concernenti:

- le stime globali e regionali della mortalità;
- le dieci principali cause di morte e di anni di vita corretti per la disabilità (DALYs) per i Paesi membri dell'OMS combinati;
- percentuali di mortalità a livello di Paese.

Stima della mortalità totale e regionale

La Tabella A.1 fornisce un panorama dei dati demografici utilizzati per valutare le percentuali di mortalità globali e regionali. Le Tabelle A.2-A.5 contengono le stime della mortalità dovuta a violenza per l'anno 2000. La Tabella A.2 presenta le stime di mortalità per tutte le lesioni intenzionali, in base a sesso, gruppo di età, Regione OMS e livello di reddito. Le stime relative a omicidio, suicidio e guerra, in base a sesso, gruppo di età, Regione OMS e livello di reddito, vengono fornite separatamente nelle Tabelle A.3-A.5.

Classificazioni delle cause di morte e DALY

La Tabella A.6 illustra le dieci principali cause di morte e di DALYs per l'anno 2000, così come

1. Le statistiche riportate in questa Appendice comprendono solo i Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) e dell'Unione Europea (UE). Ovviamente si tratta di Paesi membri dell'OMS, Ndt.

le classificazioni relative alle morti e ai DALYs legati alla violenza. Queste classificazioni vengono fornite per tutti i Paesi membri dell'OMS combinati.

Percentuali di mortalità a livello di Paese

Le Tabelle A.7-A.9 presentano, in numero assoluto e rispettivamente in percentuale, le morti dovute a lesioni intenzionali, omicidio e suicidio, mentre la Tabella A.10 fornisce i dati corrispondenti, relativi alla mortalità per arma da fuoco, suddivisi in base alla modalità del decesso. In queste tabelle, i numeri assoluti e le incidenze su 100.000 individui vengono presentati in base a sesso e gruppo di età per i Paesi che hanno comunicato i dati all'OMS.

Metodi

Categorie

I decessi e le lesioni non mortali sono attribuiti alla causa più rilevante che li ha determinati, secondo le norme e le convenzioni della Classificazione Internazionale delle Malattie (1, 2). L'elenco delle cause per il Progetto sul peso globale della malattia nel 2000 (*GBD 2000 Project*) presenta quattro livelli di disaggregazione e comprende 135 malattie e lesioni specifiche (5). Le categorie relative alle lesioni non intenzionali e intenzionali sono definite in termini di codici di cause esterne. I codici per le lesioni intenzionali, ad esempio, sono i seguenti (1, 2):

- Omicidio – ICD-9 E960-E969 o ICD-10 X85-Y09.
- Suicidio – ICD-9 E950-E959 o ICD-10 X60-X84.
- Lesioni dovute alla guerra – ICD-9 E990-E999 o ICD-10 Y36.
- Interventi legali – ICD-9 E970-E978 o ICD-10 Y35.
- Tutte le lesioni intenzionali – ICD-9 E950-E978, E990-E999 o ICD-10 X60-Y09, Y35, Y36.

I numeri assoluti e le incidenze su 100.000 individui sono presentati in base al sesso e alla Regione OMS per due gruppi di età: 0-14 anni e ≥ 60 anni.

Regioni OMS

I Paesi membri dell'OMS sono raggruppati in sei regioni: Regione africana, Regione delle Americhe, Regione del sud-est asiatico, Regione europea, Regione del Mediterraneo orientale e Regione del Pacifico occidentale. I Paesi⁽²⁾ che fanno parte di ogni Regione sono elencati nella Tabella A.1.

I Paesi all'interno delle sei Regioni OMS elencati nelle Tabelle A.1-A.5 sono ulteriormente suddivisi secondo il livello di reddito in base alle stime del prodotto interno lordo (PIL) pro capite del 1996, elaborate dalla Banca mondiale e utilizzate nel Rapporto mondiale sulla salute 1999 (6). Sulla base del PIL pro capite, le economie vengono classificate come segue: a basso reddito (785 dollari USA o inferiore), medio reddito (786-9635 dollari USA) o reddito elevato (9636 dollari USA o superiore).

Stime della mortalità totale

Il *GBD 2000 Project* utilizza le stime di popolazione più recenti relative ai Paesi membri dell'OMS preparate dalla Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite (7). Per l'anno

2. Si tratta ovviamente dei soli Paesi OCSE e UE, Ndt.

2000 sono state elaborate nuove tavole di sopravvivenza per i 191 stati membri dell'OMS (8, 9). I dati relativi alle lesioni riportati in questa sede dalla Versione 1 del *GBD 2000 Project* si basano su una vasta analisi dei dati di mortalità per tutte le regioni del mondo, degli studi epidemiologici e dei dati relativi al servizio sanitario (4). I dati anagrafici completi o incompleti insieme ai sistemi di rilevazione a campione coprono il 72% della mortalità globale. I dati dell'indagine e le tecniche demografiche indirette forniscono informazioni sui tassi di mortalità in età infantile e adulta per il restante 28% della mortalità globale stimata.

I dati sulle cause di morte sono stati analizzati a causa della copertura incompleta delle statistiche demografiche e delle probabili differenze dei modelli di causa di morte relative alle sottopopolazioni non coperte e spesso più povere (4). I modelli relativi alle cause di morte in Cina e in India, ad esempio, si basavano sui sistemi di registrazione della mortalità esistenti. In Cina sono stati utilizzati il sistema dei medici sentinella delle malattie e il sistema di registrazione demografica del Ministero della salute. In India sono stati utilizzati i dati di mortalità desunti dai certificati medici per causa di morte nelle aree urbane e per le aree rurali si è fatto ricorso all'indagine annuale sulle cause di morte.

In tutti gli altri Paesi con lacune nelle statistiche demografiche, le rilevazioni delle cause di morte sono state utilizzate per una prima stima della massima verosimiglianza delle morti nelle categorie generali delle malattie trasmissibili e non trasmissibili e delle lesioni, in base ai tassi di mortalità totale stimata e al reddito. È stato quindi elaborato un modello di tipologia regionale delle cause specifiche di morte in base ai dati anagrafici e ai risultati delle autopsie; la distribuzione proporzionale così ottenuta è stata quindi applicata all'interno di ciascun ampio gruppo di cause. Infine, le stime emerse sono state corrette in base ad altre rilevazioni epidemiologiche derivanti da studi relativi a malattie e lesioni specifiche.

È stata dedicata particolare attenzione ai problemi di errata attribuzione o di errata codificazione delle cause di morte. La categoria "Lesione indeterminata: impossibile sapere se inflitta per errore o intenzionalmente" (E980-E989 nei codici ICD-9 a tre cifre o Y10-Y34 nel ICD-10) può spesso riguardare un numero significativo di decessi dovuti a lesioni. Se si escludono i casi in cui sono disponibili informazioni locali più dettagliate, questi decessi sono stati proporzionalmente attribuiti alle cause di morte per altra lesione.

Classificazione globale e regionale dei DALYs

Il DALY, che viene utilizzato per quantificare il peso della malattia (3, 10), è una misura della sopravvivenza sana che abbina informazioni sul numero di anni di vita persi per morte prematura con quelle riguardanti la perdita di salute dovuta a disabilità.

Gli anni vissuti con una disabilità (YLDs) costituiscono la componente di disabilità dei DALYs. Gli YLDs misurano gli anni equivalenti di vita sana persi a seguito di malattie o lesioni. Il calcolo dei YLDs presuppone la stima della loro incidenza, durata media e pesi della disabilità (nell'intervallo 0-1).

Per valutare gli YLDs per malattie e lesioni nel *GBD 2000 Project* sono state utilizzate molte fonti di informazioni. Tra le altre, dati di sorveglianza nazionale e internazionale e registri sanitari, dati di indagini sanitarie, relativi agli accessi in ospedale e presso i servizi medici, e studi epidemiologici specifici per paese (4).

L'analisi del peso delle lesioni per il *GBD 2000 Project* si basa sui metodi elaborati per il 1990. Secondo tali metodi la lesione è definita tale quando rende necessario un intervento medico o quando è causa di morte. La stima degli YLDs dovuti a lesioni si basava su un'analisi delle banche dati delle strutture sanitarie che registravano sia il tipo sia la natura dei codici di lesione. I database nazionali in Australia, Cile, Mauritius, Svezia e Stati Uniti sono stati

utilizzati per elaborare proporzioni tra decessi e incidenza. Tali proporzioni sono state quindi utilizzate per estrapolare gli YLDs dalle morti per lesioni in tutte le regioni del mondo. Le proporzioni morte-incidenza erano abbastanza consistenti per i paesi industrializzati e per quelli in via di sviluppo. La proporzione di casi di incidente che determinavano conseguenze di disabilità a lungo termine è stata calcolata per ciascuna categoria di lesione di ogni natura, in base alla revisione di studi epidemiologici a lungo termine sugli esiti di lesione.

Per realizzare le classificazioni della Tabella A.6, le morti e le disabilità sono state innanzi tutto suddivise in tre ampi gruppi:

- malattie trasmissibili, cause materne e condizioni sorte nel periodo perinatale, carenze nutrizionali;
- malattie non trasmissibili;
- lesioni.

In un secondo momento, le morti e le disabilità sono state raggruppate in categorie. Le lesioni, ad esempio, sono state divise in intenzionali e non intenzionali. Dopo questa suddivisione, le morti e le disabilità sono state ulteriormente divise in sottocategorie. Le lesioni non intenzionali sono state distinte in lesioni per incidente stradale, avvelenamento, caduta, incendio, annegamento e altre lesioni non intenzionali, mentre le lesioni intenzionali sono state suddivise in lesioni autoinflitte, violenza interpersonale e lesioni dovute alla guerra. Le classificazioni sono state elaborate ordinando le sottocategorie.

Le dieci cause principali di morte e DALYs sono elencate nella Tabella A.6 per tutti gli stati membri dell'OMS combinati. I DALYs riportati nella Tabella A.6 utilizzano i tassi standard di sconto (3%) e i pesi di età standard (3).

Tassi di mortalità a livello di Paese

I numeri e i tassi di mortalità riportati nelle Tabelle A.7-A.10 riguardano gli anni più recenti tra il 1990 e il 2000 dichiarati all'OMS dai Paesi con una popolazione maggiore di un milione di abitanti. Per i Paesi con popolazioni inferiori al milione di abitanti, viene fornito un tasso medio che si basa sugli ultimi tre anni di dati riferiti all'OMS tra il 1990 e il 2000.

I tassi non sono stati calcolati nelle situazioni in cui le morti relative a una particolare categoria erano inferiori a 20, anche se tale numero viene comunque riferito. Sono riportati i tassi specifici per età e standardizzati per età. I tassi standardizzati per età sono calcolati applicando i tassi specifici per età alla popolazione mondiale standard (11) e permettono di confrontare i tassi di popolazioni con diverse strutture di età.

I calcoli di popolazione utilizzati per stimare i tassi di mortalità per ogni paese nelle Tabelle A.7-A.10 sono disponibili presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità sul sito <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

Bibliografia

1. *International classification of diseases*, ninth revision. Geneva, World Health Organization, 1978.
2. *International statistical classification of diseases and related health problems*, tenth revision. *Volume 1: Tabular list; Volume 2: Instruction manual; Volume 3: Index*. Geneva, World Health Organization, 1992–1994.
3. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

4. Murray CJL et al. *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper, No. 36).
5. Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 2000, 9:69–82.
6. *World health report 1999 – making a difference*. Geneva, World Health Organization, 1999.
7. *World population prospects: the 2000 revision*. New York, NY, United Nations, 2001.
8. Lopez AD et al. *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper, No. 40).
9. *World health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
10. Murray CJ, Lopez AD. *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
11. Ahmad OA et al. *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper, No. 31).

Tabella A.1 Popolazione (migliaia) per sesso e gruppo di età. Tutti i Paesi membri dell'OMS e dell'OCSE e della UE, anno 2000^(a)

Paesi per Regioni OMS e livelli di reddito	Totale (M + F)	Maschi		Femmine		Totale	Totale
		Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	≤ 14 anni	≥ 60 anni	
Tutti	6.045.172	3.045.375	930.242	270.937	2.999.797	880.493	333.687
Alto reddito	915.866	451.069	87.336	75.398	464.797	82.733	100.094
Basso e medio reddito	5.129.306	2.594.306	842.905	195.539	2.535.000	797.760	233.593
Regione africana (basso e medio reddito) ^(b)	639.631	318.751	142.008	13.865	320.880	139.940	16.790
Regione delle Americhe (alto reddito)	314.291	155.035	34.551	21.977	159.256	32.929	28.922
Canada	30.757	15.229	3.015	2.277	15.527	2.867	2.860
Stati Uniti	283.230	139.655	31.490	19.689	143.575	30.017	26.048
Regione delle Americhe (basso e medio reddito)	513.081	254.252	82.552	18.219	258.829	79.589	22.273
Messico	98.872	48.926	16.717	3.136	49.946	16.053	3.707
Regione del sud-est asiatico (basso e medio reddito) ^(b)	1.535.634	786.265	262.594	54.049	749.369	247.648	59.589
Regione europea (alto reddito)	394.607	193.120	34.259	36.323	201.490	32.511	49.109
Austria	8.080	3.942	690	680	4.138	654	996
Belgio	10.249	5.020	906	966	5.229	865	1.302
Danimarca	5.320	2.633	499	464	2.687	473	600
Finlandia	5.172	2.523	477	420	2.649	456	612
Francia	59.238	28.856	5.679	5.138	30.382	5.419	7.021
Germania	82.017	40.148	6.548	7.885	41.869	6.191	11.184
Grecia	10.610	5.230	824	1.122	5.380	774	1.361
Irlanda	3.803	1.890	422	258	1.913	398	321
Islanda	279	140	34	19	139	31	23
Italia	57.530	27.902	4.220	5.908	29.628	3.997	7.937
Lussemburgo	437	215	42	36	222	39	49
Norvegia	4.469	2.213	454	376	2.256	430	498
Paesi Bassi	15.864	7.862	1.485	1.249	8.002	1.417	1.649
Portogallo	10.016	4.819	857	879	5.197	814	1.210
Regno Unito	59.415	29.242	5.776	5.307	30.173	5.497	6.947
Spagna	39.910	19.511	3.027	3.738	20.400	2.847	4.952
Svezia	8.842	4.375	825	870	4.467	783	1.109
Svizzera	7.170	3.546	611	655	3.624	583	871
Regione europea (basso e medio reddito)	478.968	230.651	53.873	28.800	248.317	51.605	49.495
Estonia	1.393	649	126	99	745	121	182
Lettonia	2.421	1.116	216	171	1.305	206	334
Lituania	3.696	1.743	367	252	1.953	352	434
Malta	390	193	40	28	197	38	38
Polonia	38.605	18.761	3.791	2.557	19.844	3.604	3.843
Repubblica ceca	10.272	4.995	864	761	5.276	822	1.125
Slovacchia	5.399	2.625	539	331	2.773	515	501
Slovenia	1.988	966	162	151	1.022	154	230
Turchia	66.668	33.676	10.195	2.612	32.992	9.826	3.019
Ungheria	9.968	4.756	864	758	5.212	825	1.209
Regione del Mediterraneo orientale (alto reddito)	5.870	3.594	827	221	2.276	782	137
Cipro	784	391	94	55	393	88	68
Regione del Mediterraneo orientale (basso e medio reddito)	475.785	242.847	96.972	12.666	232.939	92.181	13.650

Tabella A.1 (*continua*)

Paesi per Regioni OMS e livelli di reddito	Totale (M + F)	Maschi		Femmine		Totale	Totale
		Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	≤ 14 anni	≥ 60 anni	
Regione del Pacifico occidentale (alto reddito)	201.099	99.320	17.700	16.878	101.778	16.510	21.926
Australia	19.138	9.529	2.016	1.421	9.608	1.911	1.705
Giappone	127.096	62.212	9.583	12.839	64.884	9.111	16.679
Nuova Zelanda	3.778	1.861	444	265	1.917	423	323
Repubblica di Corea	46.740	23.522	5.148	2.147	23.218	4.592	2.984
Regione del Pacifico occidentale (basso e medio reddito)	1.486.206	761.540	204.905	67.940	724.667	186.796	74.795

Fonte: Stati Uniti, 2001.

a. Cifra arrotondata al migliaio più vicino. Qualsiasi apparente discrepanza nei totali è dovuta agli arrotondamenti.

b. La Regione non contiene alcun Paese ad alto reddito.

Tabella A.2 **Mortalità stimata causata da lesioni intenzionali^(a), per sesso, gruppo di età, Regione OMS e livello di reddito, anno 2000**

Numeri assoluti (migliaia) ^(b)								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	1.659	1.153	95	182	506	60	97
	Alto	149	111	2	27	38	1	12
	Basso e medio	1.510	1.042	94	156	468	60	85
Regione africana ^(c)	Basso e medio	311	225	40	25	86	25	6
Regione delle Americhe	Tutti	228	196	5	17	31	2	4
	Alto	5	44	1	7	12	< 1	2
	Basso e medio	171	152	3	10	19	2	2
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	317	216	20	29	101	17	12
Regione europea	Tutti	303	239	7	44	64	2	21
	Alto	55	41	< 1	12	15	< 1	6
	Basso e medio	248	198	7	31	50	2	15
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	95	62	19	5	34	9	4
	Alto	1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
	Basso e medio	95	61	19	5	34	9	4
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	405	216	5	62	189	4	52
	Alto	37	26	< 1	7	11	< 1	5
	Basso e medio	368	190	5	55	178	4	47
Tasso per 100.000 abitanti								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale ^(d) (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	28,8	40,5	10,6	67,4	17,3	6,9	29,2
	Alto	14,4	22,1	1,8	35,8	6,9	1,8	12,2
	Basso e medio	32,1	44,8	11,5	79,6	19,7	7,5	36,5
Regione africana ^(c)	Basso e medio	60,9	94,6	28,1	182,5	29,6	18,1	36,4
Regione delle Americhe	Tutti	27,7	48,6	3,6	43,1	7,5	2,2	7,2
	Alto	17,2	27,6	2,4	33,7	7,1	2,3	6,6
	Basso e medio	34,3	62,1	3,8	54,5	7,6	2,3	7,9
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	22,8	31,3	8,2	54,1	14,3	7,4	19,7
Regione europea	Tutti	32,0	52,5	7,5	67,0	12,5	2,7	21,6
	Alto	11,5	17,8	0,8	34,3	5,7	0,6	11,7
	Basso e medio	49,6	83,7	11,8	108,3	18,3	4,2	31,9
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	21,6	27,4	31,3	40,8	15,5	10,7	27,2
	Alto	10,3	13,9	3,6	20,2	4,4	1,4	6,1
	Basso e medio	21,8	27,7	31,6	41,2	15,7	10,8	27,4
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	24,3	26,5	2,6	72,9	22,5	2,3	53,3
	Alto	15,4	22,3	1,1	41,8	8,8	1,1	21,0
	Basso e medio	26,2	27,7	2,6	80,6	25,0	2,4	62,8

Tabella A.2 (*continua*)

Percentuale di tutte le morti dovute a lesioni (%)								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	32,8	33,8	17,8	31,9	30,7	15,1	26,0
	Alto	31,6	35,7	13,8	26,1	24,4	16,3	13,7
	Basso e medio	32,9	33,6	18,0	33,2	31,4	15,1	29,9
Regione africana ^(c)	Basso e medio	41,3	43,9	27,1	43,0	35,8	23,3	27,4
Regione delle Americhe	Tutti	40,6	44,9	14,0	26,0	25,3	13,7	9,0
	Alto	33,1	37,9	29,4	25,7	22,6	20,9	8,1
	Basso e medio	43,9	47,5	17,8	26,3	27,3	12,4	10,3
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	23,1	24,3	16,0	21,1	20,9	13,0	14,5
Regione europea	Tutti	37,1	39,3	25,8	34,6	30,8	15,2	21,6
	Alto	29,4	33,7	9,0	27,1	21,8	10,9	12,5
	Basso e medio	39,4	40,7	27,6	38,9	35,1	15,8	30,1
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	28,2	28,9	34,9	21,0	27,1	19,4	24,7
	Alto	19,9	19,5	16,5	16,6	22,3	11,3	13,8
	Basso e medio	28,3	29,0	35,0	21,1	27,1	19,4	24,8
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	33,1	28,5	6,5	39,3	40,8	8,1	43,0
	Alto	33,0	33,5	7,7	25,1	32,2	12,2	22,7
	Basso e medio	33,2	27,9	6,4	42,3	41,5	8,0	47,1

Percentuale di tutte le morti (%)								
Regione OMS	Livelli di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	3,0	3,9	4,5	1,3	1,9	3,4	0,7
	Alto	1,9	2,7	4,3	0,8	1,0	3,7	0,3
	Basso e medio	3,2	4,1	4,6	1,4	2,1	3,4	0,8
Regione africana ^(c)	Basso e medio	2,9	4,1	6,4	2,7	1,7	3,3	0,6
Regione delle Americhe	Tutti	3,9	6,2	4,7	0,9	1,1	2,8	0,2
	Alto	2,1	3,3	8,1	0,7	0,9	5,6	0,2
	Basso e medio	5,4	8,4	4,7	1,1	1,4	2,4	0,2
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	2,2	2,8	4,5	0,9	1,6	3,7	0,4
Regione europea	Tutti	3,1	4,8	11,9	1,3	1,4	3,8	0,5
	Alto	1,4	2,1	2,3	0,8	0,7	2,8	0,3
	Basso e medio	4,3	6,6	13,3	1,7	1,8	4,1	0,7
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	2,4	2,9	2,9	0,7	1,8	4,0	0,6
	Alto	2,4	3,0	5,5	0,5	1,1	1,8	0,2
	Basso e medio	2,4	2,9	2,9	0,7	1,8	4,0	0,6
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	3,6	3,4	3,1	1,6	3,7	2,9	1,5
	Alto	2,6	3,3	3,0	1,2	1,8	3,8	0,8
	Basso e medio	3,7	3,4	3,0	1,6	4,0	2,8	1,7

Fonte: OMS, GBD 2000 Project, Versione 1.

a. Lesioni intenzionali = ICD-10 X60-Y09, Y35, Y36 (ICD-9 E950-E990, E990-E999).

b. I numeri assoluti sono arrotondati al migliaio più vicino. Qualsiasi apparente discrepanza nei totali è dovuta agli arrotondamenti.

c. La Regione non contiene alcun Paese ad alto reddito.

d. Standardizzato per l'età.

Tabella A.3 Mortalità stimata causata da omicidio^(a), per sesso, gruppo di età, Regione OMS e livello di reddito, anno 2000

Numeri assoluti (migliaia) ^(b)								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	520	401	31	35	119	26	15
	Alto	26	19	1	1	7	< 1	1
	Basso e medio	494	382	31	34	112	25	14
Regione africana ^(c)	Basso e medio	116	82	14	9	34	9	2
Regione delle Americhe	Tutti	159	142	3	7	17	2	1
	Alto	19	15	< 1	1	5	< 1	< 1
	Basso e medio	140	128	3	6	12	2	1
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	78	54	7	9	24	7	4
Regione europea	Tutti	78	58	1	6	20	< 1	5
	Alto	4	3	< 1	< 1	1	< 1	< 1
	Basso e medio	74	56	< 1	6	18	< 1	5
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	31	20	3	2	11	4	1
	Alto	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
	Basso e medio	30	19	3	2	11	4	1
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	59	45	3	3	14	2	2
	Alto	2	1	< 1	< 1	1	< 1	< 1
	Basso e medio	57	44	3	3	13	2	1
Tasso per 100.000 abitanti								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale ^(d) (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	8,8	13,6	4,2	13,0	4,0	3,5	4,5
	Alto	2,9	4,3	1,7	1,9	1,5	1,6	1,0
	Basso e medio	10,1	15,6	4,5	17,3	4,6	3,7	6,1
Regione africana ^(c)	Basso e medio	22,2	33,4	13,9	63,3	11,8	10,6	11,8
Regione delle Americhe	Tutti	19,3	34,7	2,8	16,4	4,0	1,9	2,6
	Alto	6,5	9,9	2,6	3,7	3,0	3,1	1,7
	Basso e medio	27,5	51,0	3,0	31,9	4,8	1,8	3,8
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	5,8	8,1	2,9	16,9	3,5	3,0	7,3
Regione europea	Tutti	8,4	13,0	1,1	9,3	3,9	0,9	5,3
	Alto	1,0	1,4	0,6	1,1	0,6	0,4	0,7
	Basso e medio	14,8	23,2	1,7	19,7	6,8	1,3	10,3
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	7,1	9,4	4,0	13,6	4,8	4,5	5,9
	Alto	4,2	6,0	1,0	5,7	1,2	0,2	2,6
	Basso e medio	7,2	9,4	4,1	13,7	4,8	4,5	5,9
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	3,4	5,1	1,6	3,4	1,7	1,6	1,6
	Alto	1,1	1,3	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8
	Basso e medio	3,8	5,6	1,7	3,9	1,8	1,6	1,9

Tabella A.3 (*continua*)

Percentuale di tutte le morti dovute a lesioni (%)								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	10,3	11,7	5,9	6,2	7,2	6,0	4,1
	Alto	5,5	6,0	11,1	1,4	4,4	12,4	1,1
	Basso e medio	10,8	12,3	5,8	7,2	7,5	5,7	5,0
Regione africana ^(c)	Basso e medio	15,4	16,0	11,0	14,9	14,3	9,8	8,9
Regione delle Americhe	Tutti	28,4	32,6	11,0	9,9	13,7	10,2	3,3
	Alto	11,4	12,6	14,7	2,8	8,8	17,9	2,1
	Basso e medio	35,8	39,9	10,8	15,4	17,4	8,9	5,0
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	5,7	6,1	4,8	6,6	4,9	5,4	5,4
Regione europea	Tutti	9,5	9,6	3,5	4,8	9,3	5,3	5,3
	Alto	2,2	2,3	6,0	0,9	2,0	7,4	0,7
	Basso e medio	11,7	11,4	3,3	7,1	12,8	5,0	9,7
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	9,0	9,2	5,1	7,0	8,8	7,8	5,4
	Alto	8,3	8,7	4,3	4,7	5,9	1,6	6,0
	Basso e medio	9,1	9,2	5,1	7,0	8,8	7,8	5,4
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	4,8	5,9	3,2	1,8	3,0	3,2	1,3
	Alto	2,0	1,8	4,7	0,7	2,4	7,5	0,8
	Basso e medio	5,1	6,4	3,2	2,1	3,0	3,1	1,4

Percentuale di tutte le morti (%)								
Regione OMS	Livelli di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	0,9	1,4	0,9	0,3	0,5	0,9	0,1
	Alto	0,3	0,5	2,1	0,0	0,2	2,7	0,0
	Basso e medio	1,0	1,5	0,9	0,3	0,5	0,9	0,1
Regione africana ^(c)	Basso e medio	1,1	1,5	0,7	0,9	0,7	0,5	0,2
Regione delle Americhe	Tutti	2,7	4,5	3,7	0,4	0,6	1,9	0,1
	Alto	0,7	1,1	3,8	0,1	0,3	4,7	0,0
	Basso e medio	4,4	7,0	3,6	0,7	0,9	1,6	0,1
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	0,5	0,7	0,9	0,3	0,4	0,9	0,2
Regione europea	Tutti	0,8	1,2	1,2	0,2	0,4	1,3	0,1
	Alto	0,1	0,1	1,1	0,0	0,1	1,2	0,0
	Basso e medio	1,3	1,8	1,0	0,3	0,7	1,3	0,2
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	0,8	0,9	0,7	0,2	0,6	1,5	0,1
	Alto	1,0	1,4	1,1	0,2	0,3	0,1	0,1
	Basso e medio	0,8	0,9	0,7	0,2	0,6	1,5	0,1
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	0,5	0,7	1,3	0,1	0,3	0,9	0,0
	Alto	0,2	0,2	1,5	0,0	0,1	2,0	0,0
	Basso e medio	0,6	0,8	1,3	0,1	0,3	0,9	0,1

Fonte: OMS, GBD 2000 Project, Versione 1.

a. Omicidio = ICD-10 X85-Y09 (ICD-9 E960-E969).

b. I numeri assoluti sono arrotondati al migliaio più vicino. Qualsiasi apparente discrepanza nei totali è dovuta agli arrotondamenti.

c. La Regione non contiene alcun Paese ad alto reddito.

d. Standardizzato per l'età.

Tabella A.4 Mortalità stimata causata da suicidio^(a), per sesso, gruppo di età, Regione OMS e livello di reddito, anno 2000

Numeri assoluti (in migliaia) ^(b)								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	815	509	10	122	305	12	74
	Alto	122	91	< 1	25	31	< 1	11
	Basso e medio	692	418	10	96	274	11	63
Regione africana ^(c)	Basso e medio	27	21	1	4	7	1	1
Regione delle Americhe	Tutti	65	52	1	10	14	< 1	2
	Alto	36	29	< 1	6	7	< 1	1
	Basso e medio	29	22	< 1	4	7	< 1	1
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	168	107	5	14	61	8	4
Regione europea	Tutti	186	149	1	33	37	< 1	15
	Alto	51	38	< 1	12	13	< 1	5
	Basso e medio	135	111	1	21	24	< 1	10
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	24	12	1	1	11	1	1
	Alto	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
	Basso e medio	23	12	1	1	11	1	1
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	344	169	2	59	175	2	50
	Alto	35	24	< 1	7	10	< 1	4
	Basso e medio	309	144	2	52	164	1	46
Tasso per 100.000 abitanti								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale ^(d) (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	14,5	18,9	1,7	44,9	10,6	2,0	22,1
	Alto	11,4	17,7	0,8	33,8	5,4	0,4	11,3
	Basso e medio	15,5	19,5	1,8	49,2	11,9	2,1	26,8
Regione africana ^(c)	Basso e medio	6,7	10,6	1,4	26,6	3,1	0,7	7,5
Regione delle Americhe	Tutti	8,1	13,2	0,7	26,0	3,3	0,6	4,4
	Alto	10,6	17,4	1,2	29,9	4,1	0,4	4,9
	Basso e medio	6,3	10,2	0,5	21,2	2,7	0,6	3,9
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	12,0	15,7	3,1	26,1	8,3	4,7	7,2
Regione europea	Tutti	19,1	32,2	1,8	51,3	6,8	0,4	15,7
	Alto	10,5	16,4	0,4	33,2	5,0	0,2	11,0
	Basso e medio	26,6	46,8	2,6	74,1	8,4	0,5	20,6
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	5,9	6,3	0,8	10,8	5,4	2,0	7,0
	Alto	3,4	4,1	0,4	7,3	2,1	0,1	2,0
	Basso e medio	5,9	6,4	0,8	10,8	5,4	2,0	7,0
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	20,8	21,2	1,1	69,2	20,7	1,1	51,7
	Alto	14,3	20,9	0,7	40,7	8,0	0,5	20,2
	Basso e medio	22,3	21,8	1,2	76,2	23,2	1,1	60,9

Tabella A.4 (*continua*)

Percentuale di tutte le morti dovute a lesioni (%)								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	16,1	14,9	3,8	21,3	18,5	5,6	19,7
	Alto	25,9	28,8	7,7	24,7	20,0	6,6	12,6
	Basso e medio	15,1	13,5	3,7	20,5	18,4	5,6	22,0
Regione africana ^(c)	Basso e medio	3,6	4,0	1,6	6,3	2,8	1,2	5,6
Regione delle Americhe	Tutti	11,7	11,8	3,5	15,7	11,2	5,6	5,6
	Alto	21,5	24,9	9,6	22,8	13,8	5,9	6,0
	Basso e medio	7,4	7,0	2,1	10,2	9,3	5,5	5,0
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	12,3	12,1	6,6	10,2	12,6	8,2	5,3
Regione europea	Tutti	22,8	24,5	6,6	26,5	17,9	3,7	15,8
	Alto	27,2	31,3	6,1	26,5	19,7	6,2	11,8
	Basso e medio	21,5	22,8	6,7	26,6	17,1	3,4	19,4
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	7,0	5,8	2,0	5,6	9,0	5,8	6,3
	Alto	6,5	5,8	2,3	6,0	10,8	0,9	4,5
	Basso e medio	7,0	5,8	2,0	5,5	9,0	5,8	6,3
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	28,1	22,3	3,0	37,2	37,7	4,6	41,7
	Alto	31,0	31,6	6,0	24,4	29,7	9,4	21,9
	Basso e medio	27,8	21,2	2,9	40,0	38,3	4,5	45,7

Percentuale di tutte le morti (%)								
Regione OMS	Livelli di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	1,5	1,7	1,4	0,9	1,2	1,6	0,5
	Alto	1,5	2,2	3,8	0,8	0,8	2,6	0,3
	Basso e medio	1,5	1,6	1,4	0,9	1,2	1,6	0,6
Regione africana ^(c)	Basso e medio	0,3	0,4	0,6	0,4	0,1	0,3	0,1
Regione delle Americhe	Tutti	1,1	1,6	1,5	0,6	0,5	1,6	0,1
	Alto	1,3	2,2	5,4	0,7	0,5	2,8	0,1
	Basso e medio	0,9	1,2	0,8	0,4	0,5	1,4	0,1
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	1,2	1,4	2,1	0,4	0,9	2,7	0,2
Regione europea	Tutti	1,9	3,0	3,6	1,0	0,8	1,4	0,4
	Alto	1,3	1,9	2,4	0,8	0,7	2,0	0,3
	Basso e medio	2,3	3,7	3,8	1,2	0,9	1,3	0,4
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	0,6	0,6	0,7	0,2	0,6	1,5	0,2
	Alto	0,8	0,9	1,3	0,2	0,5	0,3	0,0
	Basso e medio	0,6	0,6	0,7	0,2	0,6	1,6	0,2
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	3,0	2,7	1,5	1,5	3,5	1,7	1,5
	Alto	2,4	3,1	3,0	1,1	1,6	3,7	0,8
	Basso e medio	3,1	2,6	1,5	1,5	3,7	1,7	1,6

Fonte: OMS, GBD 2000 Project, Versione 1.

a. Suicidio = ICD-10 X60-X84 (ICD-9 E950-E959).

b. I numeri assoluti sono arrotondati al migliaio più vicino. Qualsiasi apparente discrepanza nei totali è dovuta agli arrotondamenti.

c. La Regione non contiene alcun Paese ad alto reddito.

d. Standardizzato per l'età.

Tabella A.5 **Mortalità stimata causata da lesioni belliche^(a), per sesso, gruppo di età, Regione OMS e livello di reddito, anno 2000**

Numeri assoluti (in migliaia) ^(b)								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	310	233	52	25	77	22	8
	Alto	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
	Basso e medio	310	233	52	25	77	22	8
Regione africana ^(c)	Basso e medio	167	122	25	13	45	15	3
Regione delle Americhe	Tutti	2	2	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
	Alto	< 1	< 1	0	< 1	0	0	0
	Basso e medio	2	2	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	63	49	8	5	14	1	3
Regione europea	Tutti	37	30	4	4	6	1	< 1
	Alto	< 1	< 1	0	< 1	< 1	< 1	< 1
	Basso e medio	37	30	4	4	6	1	< 1
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	39	29	15	2	10	4	2
	Alto	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
	Basso e medio	39	28	15	2	10	4	2
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	2	1	< 1	< 1	1	< 1	0
	Alto	0	0	0	0	0	0	0
	Basso e medio	2	1	< 1	< 1	1	< 1	0
Tasso per 100.000 abitanti								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale ^(d) (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	5,2	7,8	5,8	9,2	2,6	2,4	2,4
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Basso e medio	6,2	9,4	6,4	12,7	3,0	2,7	3,4
Regione africana ^(c)	Basso e medio	32,0	50,6	18,4	92,6	14,7	10,4	17,1
Regione delle Americhe	Tutti	0,2	0,4	0,3	0,6	0,1	0,1	0,1
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	Basso e medio	0,4	0,7	0,4	1,3	0,1	0,1	0,2
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	4,4	6,6	2,9	10,0	2,2	0,8	4,8
Regione europea	Tutti	4,2	7,0	5,0	6,3	1,5	0,9	0,4
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Basso e medio	7,6	13,0	8,1	14,3	2,6	1,4	0,8
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	8,1	11,2	28,5	15,4	4,9	4,7	13,7
	Alto	2,7	3,7	2,4	7,2	1,0	1,1	1,5
	Basso e medio	8,2	11,3	28,7	15,6	4,9	4,7	13,8
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	0,1	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,0
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Basso e medio	0,1	0,2	0,3	0,4	0,1	0,4	0,0

Tabella A.5 (*continua*)

Percentuale di tutte le morti dovute a lesioni (%)								
Regione OMS	Livello di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	6,1	6,8	9,8	4,3	4,7	5,5	2,1
	Alto	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
	Basso e medio	6,8	7,5	10,0	5,3	5,2	5,6	2,8
Regione africana ^(c)	Basso e medio	22,3	23,9	19,7	21,8	18,8	16,4	12,9
Regione delle Americhe	Tutti	0,4	0,4	1,1	0,4	0,3	0,6	0,1
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Basso e medio	0,5	0,5	1,3	0,6	0,5	0,7	0,3
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	4,6	5,5	5,9	3,9	3,0	1,4	3,5
Regione europea	Tutti	4,5	5,0	17,3	3,3	3,1	6,6	0,4
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
	Basso e medio	5,8	6,2	19,2	5,1	4,5	7,3	0,8
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	11,5	13,4	30,5	7,9	8,4	7,1	12,5
	Alto	5,0	4,9	11,0	5,9	5,6	9,4	3,4
	Basso e medio	11,6	13,5	30,5	8,0	8,4	7,1	12,5
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	0,2	0,2	0,7	0,2	0,1	1,4	0,0
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Basso e medio	0,2	0,2	0,7	0,2	0,1	1,4	0,0
Percentuale di tutte le morti (%)								
Regione OMS	Livelli di reddito	Totale (M + F)	Maschi			Femmine		
			Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Tutte le Regioni	Tutti	0,6	0,8	2,6	0,2	0,3	1,2	0,1
	Alto	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
	Basso e medio	0,7	0,9	2,6	0,2	0,4	1,3	0,1
Regione africana ^(c)	Basso e medio	1,6	2,3	6,1	1,4	0,9	2,9	0,3
Regione delle Americhe	Tutti	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Basso e medio	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0
Regione del sud-est asiatico ^(c)	Basso e medio	0,4	0,6	1,7	0,2	0,2	0,3	0,1
Regione europea	Tutti	0,4	0,6	8,3	0,1	0,1	2,1	0,0
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
	Basso e medio	0,6	1,0	9,6	0,2	0,2	2,5	0,0
Regione del Mediterraneo orientale	Tutti	1,0	1,3	1,9	0,3	0,5	1,2	0,3
	Alto	0,6	0,8	3,7	0,2	0,3	1,6	0,0
	Basso e medio	1,0	1,3	1,9	0,3	0,5	1,2	0,3
Regione del Pacifico occidentale	Tutti	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0
	Alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Basso e medio	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0

Fonte: OMS, GBD 2000 Project, Versione 1.

a. Lesioni belliche = ICD-10 Y36 (ICD-9 E990-E999).

b. I numeri assoluti sono arrotondati al migliaio più vicino. Qualsiasi apparente discrepanza nei totali è dovuta agli arrotondamenti.

c. La Regione non contiene alcun Paese ad alto reddito.

d. Standardizzato per l'età.

**Tabella A.6 Le 10 più frequenti cause di morte e DALYs,
per livello di reddito, in tutti i Paesi membri, anno 2000**

Totale				
Causa	Percentuale sul totale (%)		Causa	Percentuale sul totale (%)
Morte			DALYs	
1 Cardiopatia ischemica	12,4		1 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	6,4
2 Malattia cerebrovascolare	9,2		2 Condizioni perinatali	6,2
3 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	6,9		3 HIV/AIDS	6,1
4 HIV/AIDS	5,3		4 Disturbi depressivi unipolari	4,4
5 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	4,5		5 Malattie diarroiche	4,2
6 Condizioni perinatali	4,4		6 Cardiopatia ischemica	3,8
7 Malattie diarroiche	3,8		7 Malattia cerebrovascolare	3,1
8 Tubercolosi	3,0		8 Incidenti stradali	2,8
9 Incidenti stradali	2,3		9 Malaria	2,7
10 Cancro della trachea, dei bronchi e dei polmoni	2,2		10 Tubercolosi	2,4
13 Suicidio	1,5		17 Ferite autoinflitte	1,3
22 Omicidio	0,9		21 Violenza interpersonale	1,1
30 Guerra	0,6		32 Guerra	0,7
Maschi				
Causa	Percentuale sul totale (%)		Causa	Percentuale sul totale (%)
Morte			DALYs	
1 Cardiopatia ischemica	12,2		1 Condizioni perinatali	6,4
2 Malattia cerebrovascolare	8,1		2 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	6,4
3 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	7,0		3 HIV/AIDS	5,8
4 HIV/AIDS	5,0		4 Malattie diarroiche	4,2
5 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	4,6		5 Cardiopatia ischemica	4,2
6 Condizioni perinatali	4,4		6 Incidenti stradali	4,0
7 Malattie diarroiche	4,0		7 Disturbi depressivi unipolari	3,4
8 Tubercolosi	3,5		8 Malattia cerebrovascolare	3,0
9 Incidenti stradali	3,1		9 Tubercolosi	2,9
10 Cancro della trachea, dei bronchi e dei polmoni	3,0		10 Malaria	2,5
13 Suicidio	1,7		16 Violenza interpersonale	1,6
17 Omicidio	1,4		19 Ferite autoinflitte	1,5
27 Guerra	0,8		26 Guerra	1,0
Femmine				
Causa	Proporzione sul totale (%)		Causa	Proporzione sul totale (%)
Morte			DALYs	
1 Cardiopatia ischemica	12,6		1 HIV/AIDS	6,5
2 Malattia cerebrovascolare	10,4		2 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	6,4
3 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	6,9		3 Condizioni perinatali	6,0
4 HIV/AIDS	5,6		4 Disturbi depressivi unipolari	5,5
5 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	4,4		5 Malattie diarroiche	4,2
6 Condizioni perinatali	4,4		6 Cardiopatia ischemica	3,4
7 Malattie diarroiche	3,6		7 Malattia cerebrovascolare	3,2
8 Tubercolosi	2,4		8 Malaria	3,0
9 Malaria	2,1		9 Anomalie congenite	2,2
10 Cardiopatia ipertensiva	1,9		10 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	2,1
17 Suicidio	1,2		18 Ferite autoinflitte	1,1
37 Omicidio	0,5		43 Violenza interpersonale	0,5
46 Guerra	0,3		49 Guerra	0,4

Tabella A.6 (*continua*)

Paesi ad alto reddito			
Causa	Percentuale sul totale (%)	Causa	Percentuale sul totale (%)
Morte		DALYs	
1 Cardiopatia ischemica	17,9	1 Disturbi depressivi unipolari	8,8
2 Malattia cerebrovascolare	10,7	2 Cardiopatia ischemica	6,7
3 Cancro della trachea, dei bronchi e dei polmoni	5,6	3 Patologie alcool-correlate	5,4
4 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	4,7	4 Malattia cerebrovascolare	4,9
5 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	3,5	5 Alzheimer e altre forme di demenza	4,3
6 Cancro del colon e del retto	3,2	6 Incidenti stradali	3,1
7 Diabete mellito	2,3	7 Cancro della trachea, dei bronchi e dei polmoni	3,0
8 Cancro dello stomaco	2,0	8 Osteoartrite	2,7
9 Cancro della mammella	2,0	9 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	2,5
10 Alzheimer e altre forme di demenza	1,8	10 Perdita dell'udito nell'adulto	2,5
13 Suicidio	1,5	12 Ferite autoinflitte	2,0
35 Omicidio	0,3	31 Violenza interpersonale	0,7
61 Guerra	0,0	88 Guerra	0,0
Paesi a basso e medio reddito			
Causa	Percentuale sul totale (%)	Causa	Percentuale sul totale (%)
Morte		DALYs	
1 Cardiopatia ischemica	11,5	1 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	6,8
2 Malattia cerebrovascolare	8,9	2 Condizioni perinatali	6,7
3 Infezioni delle vie respiratorie inferiori	7,3	3 HIV/AIDS	6,6
4 HIV/AIDS	6,1	4 Meningite	4,6
5 Condizioni perinatali	5,1	5 Malattie diarroiche	4,6
6 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	4,7	6 Disturbi depressivi unipolari	4,0
7 Malattie diarroiche	4,4	7 Cardiopatia ischemica	3,5
8 Tubercolosi	3,4	8 Malaria	3,0
9 Incidenti stradali	2,4	9 Malattia cerebrovascolare	2,9
10 Malaria	2,3	10 Incidenti stradali	2,8
14 Suicidio	1,5	19 Ferite autoinflitte	1,2
21 Omicidio	1,0	21 Violenza interpersonale	1,1
27 Guerra	0,7	31 Guerra	0,8

Fonte: OMS, GBD 2000 Project, Versione 1.

Tabella A.7 Mortalità causata da lesioni intenzionali^(a) per sesso, gruppo di età. Tutti i paesi membri dell'OCSE e della UE, anno più recente disponibile sul decennio 1990-2000^(b)

Paesi o area	Anno	Misura ^(c)	Totale ^(d) (M + F)	Maschi			Femmine		
				Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Australia	1998	N.	2.954	2.325	32	328	629	23	117
		Tasso	14,9	23,6	0,8	24,0	6,2	—	7,1
Austria	1999	N.	1.629	1.161	10	394	468	7	201
		Tasso	16,3	25,0	—	60,4	8,4	—	20,6
Belgio	1995	N.	2.330	1.653	17	460	677	12	241
		Tasso	19,5	28,9	—	50,4	10,7	—	19,2
Canada	1997	N.	4.145	3.222	79	510	923	42	156
		Tasso	12,8	20,1	1,7	23,8	5,6	0,8	5,7
Danimarca	1996	N.	955	670	6	210	285	2	99
		Tasso	14,8	21,6	—	47,1	8,3	—	16,8
Estonia	1999	N.	701	546	6	115	155	7	56
		Tasso	42,9	74,0	—	112,8	16,3	—	29,7
Finlandia	1998	N.	1.355	1.053	6	213	302	4	79
		Tasso	23,3	37,3	—	52,8	9,9	—	13,2
Francia	1998	N.	10.997	8.058	50	2.620	2.939	31	1.098
		Tasso	15,6	24,1	0,4	51,7	7,9	0,3	15,8
Germania	1999	N.	11.928	8.532	92	2.774	3.396	58	1.567
		Tasso	11,5	17,7	1,1	36,4	5,9	0,5	14,3
Giappone	1997	N.	24.300	16.376	118	5.114	7.923	124	3.679
		Tasso	15,1	21,4	1,0	43,1	9,0	1,1	23,7
Grecia	1998	N.	548	425	2	134	123	1	44
		Tasso	4,3	6,9	—	12,4	1,9	—	3,4
Irlanda	1997	N.	498	398	6	42	100	2	24
		Tasso	13,4	21,6	—	16,9	5,1	—	7,8
Islanda	1994-1996	N.	29	24	0	4	5	0	2
		Tasso	10,6	17,8	—	—	—	—	—
Italia	1997	N.	5.416	4.108	11	1.543	1.308	16	588
		Tasso	7,3	11,8	—	27,4	3,3	—	7,8
Lettonia	1999	N.	1.075	806	—	171	269	9	103
		Tasso	38,6	64,4	—	99,1	16,7	—	31,8
Lituania	1999	N.	1.856	1.498	15	251	358	14	135
		Tasso	45,8	80,5	—	100,9	15,1	—	31,4
Lussemburgo	1995-1997	N.	75	55	0	16	20	0	5
		Tasso	15,4	23,4	—	—	8,3	—	—
Malta	1997-1999	N.	25	19	0	4	6	0	2
		Tasso	6,1	—	—	—	—	—	—
Messico	1997	N.	17.153	15.131	563	1.276	2.022	345	190
		Tasso	19,8	36,5	2,5	45,0	4,2	1,7	5,7
Norvegia	1997	N.	575	416	7	110	159	1	37
		Tasso	11,8	17,4	—	29,6	6,4	—	7,5
Nuova Zelanda	1998	N.	638	479	21	69	159	9	19
		Tasso	16,6	25,3	—	26,5	8,1	—	—
Paesi Bassi	1999	N.	1.729	1.166	19	257	563	11	153
		Tasso	9,5	13,1	—	20,9	6,1	—	9,4
Polonia	1995	N.	6.619	5.364	94	922	1.255	39	368
		Tasso	16,0	27,3	1,6	37,9	5,6	0,4	10,1
Portogallo	1999	N.	671	494	7	234	177	11	90
		Tasso	5,2	8,3	—	27,0	2,5	—	7,6

Tabella A.7 (continua)

Paesi o area	Anno	Misura ^(c)	Totale ^(d)		Maschi		Totale	Femmine	
			(M + F)	Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni		≤ 14 anni	≥ 60 anni
Regno Unito	1999	N.	4.920	3.803	54	666	1.117	21	310
		Tasso	7,6	12,0	0,8	12,7	3,2	—	4,5
Inghilterra e Galles	1999	N.	4.015	3.077	48	576	938	20	275
		Tasso	6,9	10,8	0,4	12,3	3,0	—	4,5
Irlanda del Nord	1999	No.	145	123	1	8	22	0	2
		Tasso	8,8	14,9	—	—	2,7	—	—
Scozia	1999	No.	760	603	5	82	157	1	33
		Tasso	14,1	22,9	—	18,7	5,4	—	5,4
Repubblica Ceca	1999	N.	1.769	1.386	10	370	383	10	156
		Tasso	14,4	24,1	—	49,1	5,7	—	14,0
Repubblica di Corea	1997	N.	7.061	4.794	88	794	2.267	91	460
		Tasso	14,9	21,3	1,0	45,3	9,2	1,2	17,2
Slovacchia	1999	N.	825	680	5	141	145	1	44
		Tasso	13,8	24,1	—	42,9	4,5	—	8,8
Slovenia	1999	N.	623	476	6	145	147	0	56
		Tasso	26,0	42,4	—	97,7	11,4	—	24,6
Spagna	1998	N.	3.620	2.757	11	1.060	863	6	399
		Tasso	7,3	11,7	—	29,2	3,2	—	8,3
Stati Uniti	1998	No.	49.586	38.974	1.290	6.600	10.612	939	1.682
		Tasso	17,4	28,3	3,3	34,6	7,1	2,7	6,6
Svezia	1996	N.	1.367	947	1	286	420	11	139
		Tasso	13,0	18,4	—	33,7	7,7	—	12,7
Svizzera	1996	N.	1.513	1.060	12	324	453	8	176
		Tasso	17,8	26,5	—	55,7	9,9	—	21,8
Ungheria	1999	N.	3.628	2.724	23	780	904	14	422
		Tasso	29,5	49,0	—	102,3	12,7	—	34,8

Fonte: OMS, Database sulla mortalità al settembre 2001.

a. Lesioni intenzionali = ICD-10 X60–Y09, Y35, Y36 (ICD-9 E950–E978, E990–E999).

b. Media dei tre più recenti anni, sul decennio 1990-2000 per i Paesi con meno di 1 milione di abitanti.

c. N.= numero di morti; tasso = numero di morti per 100.000 abitanti. I casi in cui l'età al decesso era sconosciuta sono stati distribuiti proporzionalmente nei gruppi di età in base alla ripartizione delle lesioni intenzionali nella popolazione. I decessi sono stati quindi arrotondati al numero intero più vicino, cosa che può indurre un'apparente discrepanza. Il tasso non è stato calcolato se erano riportati meno di 20 decessi. I dati demografici utilizzati sono disponibili sul sito <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

d. Standardizzato per l'età.

Tabella A.8 Mortalità causata da omicidio^(a) per sesso e gruppo di età. Tutti i Paesi membri dell'OCSE e della UE, anno più recente disponibile sul decennio 1990-2000^(b)

Paesi o area	Anno	Misura ^(c)	Totale ^(d) (M + F)	Maschi		Femmine			
				Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Australia	1998	N.	295	201	17	17	94	11	16
		Tasso	1,6	2,1	—	—	1,0	—	—
Austria	1999	N.	68	32	5	5	36	3	5
		Tasso	0,8	0,8	—	—	0,8	—	—
Belgio	1995	N.	169	100	4	16	69	6	18
		Tasso	1,6	1,9	—	—	1,2	—	—
Canada	1997	N.	431	285	26	35	146	20	20
		Tasso	1,4	1,9	—	1,6	1,0	—	0,7
Danimarca	1996	N.	59	36	3	3	23	1	3
		Tasso	1,1	1,4	—	—	0,8	—	—
Estonia	1999	N.	227	168	2	23	59	4	11
		Tasso	14,8	23,1	—	22,2	7,4	—	—
Finlandia	1998	N.	125	90	2	13	35	1	5
		Tasso	2,2	3,3	—	—	1,2	—	—
Francia	1998	N.	436	269	26	32	167	14	39
		Tasso	0,7	0,9	—	0,6	0,5	—	0,6
Germania	1999	N.	720	418	39	56	302	33	60
		Tasso	0,9	1,0	0,9	0,7	0,7	—	0,5
Giappone	1997	N.	719	435	51	99	284	63	91
		Tasso	0,6	0,7	0,7	0,8	0,4	1,1	0,6
Grecia	1998	N.	144	109	1	18	35	0	16
		Tasso	1,2	1,9	—	—	0,5	—	—
Irlanda	1997	N.	30	21	1	1	9	1	2
		Tasso	0,8	1,2	—	—	—	—	—
Italia	1997	N.	720	561	6	77	159	8	60
		Tasso	1,1	1,8	—	1,4	0,5	—	0,8
Lettonia	1999	N.	308	213	0	36	95	6	27
		Tasso	11,6	17,3	—	20,9	6,6	—	8,3
Lituania	1999	N.	297	209	5	32	88	8	33
		Tasso	7,5	11,3	—	12,9	4,0	—	7,7
Messico	1997	N.	13.542	12.170	353	975	1.372	207	161
		Tasso	15,9	29,6	2,2	34,4	3,1	1,5	4,8
Norvegia	1997	N.	41	28	3	1	13	1	2
		Tasso	0,9	1,3	—	—	—	—	—
Nuova Zelanda	1998	N.	57	32	7	3	25	3	0
		Tasso	1,5	1,7	—	—	1,3	—	—
Paesi Bassi	1999	N.	203	144	8	11	59	5	10
		Tasso	1,3	1,7	—	—	0,8	—	—
Polonia	1995	N.	1.088	785	22	128	303	19	89
		Tasso	2,7	4,0	—	5,3	1,4	—	2,4
Portogallo	1999	N.	118	82	3	16	36	5	6
		Tasso	1,1	1,6	—	—	0,7	—	—
Regno Unito	1999	N.	440	335	30	28	105	13	13
		Tasso	0,8	1,2	0,7	0,5	0,4	—	—
Inghilterra e Galles	1999	N.	295	214	27	24	81	13	10
		Tasso	0,6	0,9	—	0,5	0,3	—	—
Irlanda del Nord	1999	N.	24	20	1	1	4	0	0
		Tasso	1,4	2,4	—	—	—	—	—
Scozia	1999	N.	121	101	2	3	20	0	3
		Tasso	2,4	4,1	—	—	0,7	—	—

Tabella A.8 (*continua*)

Paesi o area	Anno	Misura ^(c)	Totale ^(d)	Maschi		Femmine			
			(M + F)	Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Repubblica Ceca	1999	N.	151	97	4	8	54	6	12
		Tasso	1,4	1,8	—	—	1,0	—	—
Repubblica di Corea	1997	N.	987	602	40	39	385	38	47
		Tasso	2,0	2,4	0,4	2,2	1,6	—	1,8
Slovacchia	1999	N.	132	89	0	12	43	1	13
		Tasso	2,3	3,2	—	—	1,4	—	—
Slovenia	1999	N.	30	20	1	3	10	0	5
		Tasso	1,3	1,8	—	—	—	—	—
Spagna	1998	N.	355	255	5	39	100	1	38
		Tasso	0,8	1,2	—	1,1	0,4	—	0,8
Stati Uniti	1998	N.	17.893	13.652	653	736	4.241	529	457
		Tasso	6,9	10,7	3,0	3,9	3,1	2,6	1,8
Svezia	1996	N.	110	74	0	14	36	6	5
		Tasso	1,2	1,5	—	—	0,8	—	—
Svizzera	1996	N.	77	48	6	4	29	5	9
		Tasso	1,1	1,4	—	—	0,8	—	—
Ungheria	1999	N.	291	170	8	31	121	8	36
		Tasso	2,6	3,2	—	4,1	2,0	—	3,0

Fonte: OMS, database sulla mortalità al settembre 2001.

a. Omicidio = ICD-10 X85-Y09 (ICD-9 E960-E969).

b. Media dei tre più recenti anni, sul decennio 1990-2000 per i Paesi con meno di 1 milione di abitanti.

c. N.= numero di morti; tasso = numero di morti per 100.000 abitanti. I casi in cui l'età al decesso era sconosciuta sono stati distribuiti proporzionalmente nei gruppi di età in base alla ripartizione degli omicidi nella popolazione. I decessi sono stati quindi arrotondati al numero intero più vicino, cosa che può indurre un'apparente discrepanza. Il tasso non è stato calcolato se erano riportati meno di 20 decessi. I dati demografici utilizzati sono disponibili sul sito <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

d. Standardizzato per l'età.

Tabella A.9 Mortalità causata da suicidio^(a) per sesso e gruppo di età. Tutti i Paesi membri dell'OCSE e della UE, anno più recente disponibile sul decennio 1990-2000^(b)

Paesi o area	Anno	Misura ^(c)	Totale ^(d) (M + F)	Maschi		Femmine		
				Totale ^(d)	≤ 14 anni ≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni ≥ 60 anni	
Australia	1998	N.	2.633	2.108	6	311	525	101
		Tasso	13,3	21,4	—	22,7	5,2	6,1
Austria	1999	N.	1.555	1.126	2	389	429	196
		Tasso	15,5	24,2	—	59,7	7,6	20,1
Belgio	1995	N.	2.155	1.550	10	444	605	223
		Tasso	17,9	27,1	—	48,7	9,4	17,8
Canada	1997	N.	3.681	2.914	39	475	767	136
		Tasso	11,3	18,1	1,9	22,1	4,6	5,0
Danimarca	1996	N.	892	631	1	207	261	96
		Tasso	13,6	20,2	—	46,5	7,5	16,3
Estonia	1999	N.	469	376	2	92	93	44
		Tasso	28,1	50,9	—	90,3	8,9	23,4
Finlandia	1998	N.	1.228	962	3	200	266	74
		Tasso	21,1	34,0	—	49,6	8,8	12,3
Francia	1998	N.	10.534	7.771	10	2.584	2.763	1.058
		Tasso	14,8	23,2	—	51,0	7,4	15,3
Germania	1999	N.	11.160	8.082	26	2.716	3.078	1.507
		Tasso	10,6	16,7	0,6	35,6	5,1	13,7
Giappone	1997	N.	23.502	15.906	34	5.015	7.596	3.588
		Tasso	14,5	20,7	0,5	42,3	8,5	23,2
Grecia	1998	N.	403	315	0	116	88	28
		Tasso	3,1	4,9	—	10,7	1,4	2,1
Irlanda	1997	N.	466	376	4	41	90	22
		Tasso	12,5	20,4	—	16,5	4,7	7,1
Islanda	1994–1996	N.	28	24	0	4	5	2
		Tasso	10,4	17,5	—	—	—	—
Italia	1997	N.	4.694	3.547	5	1.466	1.147	528
		Tasso	6,2	9,9	—	26,0	2,9	7,0
Lettonia	1999	N.	764	593	1	135	171	76
		Tasso	27,0	47,1	—	78,3	10,0	23,5
Lituania	1999	N.	1.552	1.287	8	219	265	102
		Tasso	38,4	69,2	—	88,1	11,2	23,7
Lussemburgo	1995–1997	N.	72	53	0	15	19	5
		Tasso	14,7	22,5	—	—	—	—
Messico	1997	N.	3.369	2.828	81	300	541	29
		Tasso	3,9	6,9	0,8	10,6	1,1	0,3
Norvegia	1997	N.	533	387	3	109	146	35
		Tasso	10,9	16,1	—	29,3	5,9	7,1
Nuova Zelanda	1998	N.	574	442	9	66	132	19
		Tasso	15,0	23,6	—	25,3	6,8	—
Paesi Bassi	1999	N.	1.517	1.015	7	246	502	143
		Tasso	8,3	11,3	—	20,0	5,4	8,8
Polonia	1995	N.	5.499	4.562	60	794	937	279
		Tasso	13,4	23,2	1,9	32,7	4,2	7,6
Portogallo	1999	N.	545	407	1	218	138	84
		Tasso	4,0	6,7	—	25,1	1,9	7,1
Regno Unito	1999	N.	4.448	3.443	4	636	1.005	297
		Tasso	6,8	10,8	—	12,1	2,9	4,3
Inghilterra e Galles	1999	N.	3.690	2.840	2	551	850	265
		Tasso	6,3	9,9	—	11,8	2,7	4,3
Irlanda del Nord	1999	N.	121	103	0	7	18	2
		Tasso	7,3	12,5	—	—	—	—
Scozia	1999	N.	637	500	2	78	137	30
		Tasso	11,7	18,8	—	17,8	4,7	5,0

Tabella A.9 (continua)

Paesi o area	Anno	Misura ^(c)	Totale ^(d)		Maschi		Femmine		
			(M + F)	Totale ^(d)	≤ 14 anni	≥ 60 anni	Totale	≤ 14 anni	≥ 60 anni
Repubblica Ceca	1999	N.	1.610	1.285	3	362	325	0	144
		Tasso	13,0	22,3	—	48,1	4,7	—	12,9
Repubblica di Corea	1997	N.	6.024	4.162	31	755	1.862	34	413
		Tasso	12,8	18,8	0,9	43,1	7,6	1,1	15,5
Slovacchia	1999	N.	692	590	5	128	102	0	31
		Tasso	11,5	20,8	—	38,9	3,2	—	6,2
Slovenia	1999	N.	590	453	4	141	137	0	51
		Tasso	24,6	40,3	—	95,0	10,6	—	22,4
Spagna	1998	N.	3.261	2.499	4	1.021	762	4	361
		Tasso	6,5	10,5	—	28,1	2,8	—	7,5
Stati Uniti	1998	N.	30.575	24.538	241	5.838	6.037	83	1.225
		Tasso	10,4	17,3	1,2	30,6	4,0	0,4	4,8
Svezia	1996	N.	1.253	872	1	272	381	2	134
		Tasso	11,8	16,9	—	32,0	6,9	—	12,2
Svizzera	1996	N.	1.431	1.010	4	320	421	0	167
		Tasso	16,7	25,1	—	55,0	9,1	—	20,7
Ungheria	1999	N.	3.328	2.550	11	749	778	1	386
		Tasso	26,9	45,7	—	98,2	10,7	—	31,8

Fonte: OMS, database sulla mortalità al settembre 2001.

a. Suicidio = ICD-10 X60–X84 (ICD-9 E950–E959).

b. Media dei tre più recenti anni, sul decennio 1990-2000 per i Paesi con meno di 1 milione di abitanti.

c. N.= numero di morti; tasso = numero di morti per 100.000 abitanti. I casi in cui l'età al decesso era sconosciuta sono stati distribuiti proporzionalmente nei gruppi di età in base alla ripartizione dei suicidi nella popolazione. I decessi sono stati quindi arrotondati al numero intero più vicino, cosa che può indurre un'apparente discrepanza. Il tasso non è stato calcolato se erano riportati meno di 20 decessi. I dati demografici utilizzati sono disponibili sul sito <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

d. Standardizzato per l'età.

Tabella A.10 Mortalità causata da armi da fuoco^(a) per genere di morte. Tutti i Paesi membri dell'OCSE e della UE, anno più recente disponibile sul decennio 1990-2000^(b)

Paesi o area	Anno	Misura ^(c)	Totale	Morti causate da armi da fuoco			
				Omicidio	Suicidio	Non intenzionale	Non nota
Australia	1998	N.	334	56	248	23	7
		Tasso	1,8	0,3	1,3	0,1	—
Austria	1999	N.	293	17	272	3	1
		Tasso	3,6	—	3,4	—	—
Belgio	1995	N.	379	59	289	2	29
		Tasso	3,7	0,6	2,9	—	0,3
Canada	1997	N.	1.034	159	818	45	12
		Tasso	3,4	0,5	2,7	0,1	—
Danimarca	1996	N.	101	15	80	4	2
		Tasso	1,9	—	1,5	—	—
Estonia	1999	N.	71	31	32	1	7
		Tasso	4,9	2,1	2,2	—	—
Finlandia	1998	N.	295	22	267	3	3
		Tasso	5,7	0,4	5,2	—	—
Francia	1998	N.	2.964	170	2.386	68	340
		Tasso	5,0	0,3	4,1	0,1	0,6
Germania	1999	N.	1.201	155	906	16	124
		Tasso	1,5	0,2	1,1	—	0,2
Giappone	1997	N.	83	22	45	10	6
		Tasso	0,1	0,0	0,0	—	—
Grecia	1998	N.	194	74	86	34	0
		Tasso	1,8	0,7	0,8	0,3	—
Irlanda	1997	N.	54	7	44	3	0
		Tasso	1,5	—	1,2	—	—
Islanda	1994–1996	N.	7	1	5	0	1
		Tasso	—	—	—	—	—
Italia	1997	N.	1.171	463	626	38	44
		Tasso	2,0	0,8	1,1	0,1	0,1
Lettonia	1999	N.	92	34	47	5	6
		Tasso	3,8	1,4	1,9	—	—
Lituania	1999	N.	67	18	35	4	10
		Tasso	1,8	—	0,9	—	—
Lussemburgo	1995–1997	N.	12	1	9	0	2
		Tasso	—	—	—	—	—
Malta	1997-199	N.	7	4	2	1	0
		Tasso	—	—	—	—	—
Norvegia	1997	N.	139	10	127	2	0
		Tasso	3,2	—	2,9	—	—
Nuova Zelanda	1998	N.	84	4	72	6	2
		Tasso	2,2	—	1,9	—	—
Paesi Bassi	1999	N.	131	75	51	5	0
		Tasso	0,8	0,5	0,3	—	—
Portogallo	1999	N.	202	61	62	2	77
		Tasso	2,0	0,6	0,6	—	0,8
Regno Unito	1999	N.	197	45	140	6	6
		Tasso	0,3	0,1	0,2	—	—
Inghilterra e Galles	1999	N.	159	23	115	6	15
		Tasso	0,3	0,0	0,2	—	—
Irlanda del Nord	1999	N.	28	15	11	0	2
		Tasso	1,7	—	—	—	—
Scozia	1999	N.	25	7	14	0	4
		Tasso	0,5	—	—	—	—

Tabella A.10 (*continua*)

Paesi o area	Anno	Misura ^(c)	Totale	Morti causate da armi da fuoco			
				Omicidio	Suicidio	Non intenzionale	Non nota
Repubblica Ceca	1999	N.	259	46	185	17	11
		Tasso	2,5	0,4	1,8	—	—
Repubblica di Corea	1997	N.	59	19	22	9	9
		Tasso	0,1	—	0,0	—	—
Slovacchia	1999	N.	171	43	88	20	20
		Tasso	3,2	0,8	1,6	0,4	0,4
Slovenia	1999	N.	61	9	49	2	1
		Tasso	3,1	—	2,5	—	—
Spagna	1998	N.	352	85	224	43	0
		Tasso	0,9	0,2	0,6	0,1	—
Stati Uniti	1998	N.	30.419	11.802	17.432	866	319
		Tasso	11,3	4,4	6,4	0,3	0,1
Svezia	1996	N.	183	11	163	3	6
		Tasso	2,1	—	1,8	—	—
Ungheria	1999	N.	129	31	96	1	1
		Tasso	1,3	0,3	1,0	—	—

Fonte: OMS, database sulla mortalità al settembre 2001.

a. Omicidio causato da armi da fuoco = ICD-10 X93-X95 (ICD-9 E965); suicidio tramite armi da fuoco = ICD-10 X72-X74 (ICD-9 E955); da armi da fuoco, non intenzionale = ICD-10 W32-W34 (ICD-9 E922); armi da fuoco, non nota = ICD-10 Y22-Y24 (ICD-9 E985).

b. Media dei tre più recenti anni, sul decennio 1990-2000 per i Paesi con meno di 1 milione di abitanti.

c. N.= numero di morti; tasso = numero di morti per 100.000 abitanti. Il tasso non è stato calcolato se erano riportati meno di 20 decessi. I dati demografici utilizzati sono disponibili sul sito <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

Pubblicazioni dello stesso Editore

Dottore io ho...

Marc-André Raetzo, Alexandre Restellini

2004, formato 16,5 x 24 cm – pp. XVIII + 510

€ 44,80

ISBN 88-85758-56-8

Manuale di economia sanitaria

A. Brenna

2003, formato 14 x 21,8 cm – pp. XIV + 446

€ 34,90

ISBN 88-85758-61-4

Manuale di cure palliative nel cancro

A. Waller, N.L. Caroline

2003, formato 14 x 21,8 cm – pp. XXXIV + 590

€ 44,50

ISBN 88-85758-57-6

Manuale di neuropsichiatria in medicina

A. Calanca, B. Bryois, T. Buclin

2002, formato 13 x 19,5 cm – pp. 208

€ 24,50

ISBN 88-85758-60-6

Manuale delle interazioni tra farmaci

The Medical Letter

2002, formato 11,5 x 16,8 cm – pp. 636

€ 31,50

ISBN 88-85758-58-4

Guida alla terapia antimicrobica

The Medical Letter

2002, formato 11,5 x 16,8 cm – pp. 208

€ 13,90

ISBN 88-85758-65-7

Guida ai dosaggi dei farmaci per bambini e neonati

F. Santoro (a cura di)

2001, formato 10,5 x 21 cm – pp. 264

€ 24,80

ISBN 88-85758-43-6

Memobook di anestesia e rianimazione

M. Merli, S. Passarani

2001, formato 11,5 x 19,5 cm – pp. 190

€ 19,70

ISBN 88-85758-44-4

Farmaci gravidanza e allattamento

J.-F. Delaloye, P. De Grandi, Y. Vial, P. Hohlfeld

2001, formato 11 x 18,9 cm – pp. 200

€ 24,80

ISBN 88-85758-55-X

Red Book 2000 – XXV Rapporto sulle malattie infettive

American Academy of Pediatrics

IV edizione italiana

2000, formato 15 x 22,5 cm – pp. XXXVIII + 810

€ 58,90

ISBN 88-85758-42-8

194 Farmaci per il neonato

Prontuario farmacologico neonatale 2000-2001

G. Bucci, A. Braguglia, E. Sorrentino, M.L. Caccamo

2000, formato 11 x 19 cm – pp. XII + 452

€ 25,30

ISBN 88-85758-51-7

Farmaci di scelta

The Medical Letter

2001, formato 11,5 x 16,8 cm – pp. 168

€ 13,00

ISBN 88-85758-59-2

Indirizzo

CIS Editore S.r.l.
Via San Siro 1
20149 Milano MI

Servizio informazioni abbonati

Tel. 02 / 46 94 542 (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00)
Fax 02 / 48 19 35 84 (sempre attivo 24 h)
E-mail: ciseditore@ciseditore.it

Sito web

www.ciseditore.it

Abbonamenti per anno solare

<i>The Medical Letter</i>	53,00 €
<i>Treatment Guidelines</i>	84,00 €
<i>Adverse Drug R.B.</i>	21,00 €
<i>Gli argonauti</i>	51,50 €
<i>Gli argonauti + Quaderni de gli argonauti</i>	69,00 €
<i>Quaderni di sanità pubblica</i>	34,50 €

Abbonamenti cumulativi

Per abbonamenti cumulativi a più testate sono previste riduzioni di prezzo.
Contattare il Servizio informazioni allo 02 / 46 94 542

Numeri arretrati

<i>The Medical Letter</i>	4,50 €
<i>Treatment Guidelines</i>	8,50 €
<i>Adverse Drug R.B.</i>	5,20 €
<i>Gli argonauti</i>	14,00 €
<i>Quaderni de gli argonauti</i>	16,00 €
<i>Quaderni di sanità pubblica</i>	10,00 €
Raccoglitori	10,00 €

Abbonamenti "bulk"

Esiste la possibilità di sottoscrivere "pacchetti di abbonamenti".
Contattare il Servizio informazioni abbonati allo 02 / 46 94 542

Copyright

Nessuna parte del contenuto di *Treatment Guidelines*, *The Medical Letter*, *Adverse Drug Reaction Bulletin*, *Gli argonauti*, *Quaderni di sanità pubblica*, può essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi modo, per intero o in parte, in assenza di autorizzazione scritta dell'Editore.

L'Editore declina ogni responsabilità per eventuali inconvenienti causati da errore, inaccuratezza od omissione delle proprie pubblicazioni.

quaderni di sanità pubblica

Violenza e salute nel mondo

Rapporto dell'Organizzazione
Mondiale della Sanità
(Parte seconda)



Organizzazione Mondiale della Sanità

C I S
EDITORE

Quaderni di sanità pubblica

Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 sotto il titolo "World Report on Violence and Health".

© World Health Organization 2002

Il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha gentilmente concesso a CIS Editore srl i diritti di tradurre e pubblicare in italiano questo testo. L'editore italiano è il solo responsabile dell'accuratezza della traduzione.

Published by the World Health Organization in 2002 under the title "World Report on Violence and Health".

© World Health Organization 2002

The Director-General of the World Health Organization has granted the translation rights for an edition in Italian to the CIS Editore srl, which is solely responsible for the accuracy of the Italian edition.

Traduzione

Elena Fossati

I **"Quaderni di sanità pubblica"** sono pubblicati da CIS Editore S.r.l. - Via San Siro, 1 - 20149 Milano (tel. 02 / 4694542 - 4691675, fax 02 / 48193584; e-mail: ciseditore@ciseditore.it). **Direttore Responsabile:** Antonio Brenna. Stampa: Nava Stampa & Grafica, Villasanta. Registrazione Tribunale di Milano n. 153 del 30 marzo 1978 - ISSN 0393-9529. Abbonamento annuo (4 numeri) € 34,50. Si possono richiedere anche singoli numeri arretrati (numero singolo € 10,00, doppio € 15,00). Pagamento tramite assegno, vaglia postale o c/c postale n. 13694203 intestato a "CIS Editore" - Via San Siro, 1 - 20149 Milano.

SOMMARIO

Avvertenza per il lettore	197
5. L'abuso nei confronti degli anziani	199
Background	199
Come viene definito l'abuso sugli anziani?	201
Le dimensioni del problema	204
Quali sono i fattori di rischio per l'abuso nei confronti degli anziani?	206
Le conseguenze dell'abuso nei confronti degli anziani	209
Cosa si può fare per prevenire l'abuso sugli anziani?	211
Raccomandazioni	219
Conclusioni	222
Bibliografia	222
6. La violenza sessuale	226
Background	226
Come viene definita la violenza sessuale?	226
Le dimensioni del problema	227
Quali sono i fattori di rischio per la violenza sessuale?	237
Le conseguenze della violenza sessuale	243
Cosa si può fare per prevenire la violenza sessuale?	246
Raccomandazioni	256
Conclusioni	258
Bibliografia	258
7. La violenza autoinflitta	268
Background	268
Come viene definito il suicidio?	268
Le dimensioni del problema	269
Quali sono i fattori di rischio per il comportamento suicidario?	277
Cosa si può fare per prevenire il suicidio?	286
Raccomandazioni	293
Conclusioni	295
Bibliografia	296
8. La violenza collettiva	304
Background	304
Come viene definita la violenza collettiva?	304
Dati relativi alla violenza collettiva	306
Le dimensioni del problema	307
Quali sono i fattori di rischio per la violenza collettiva?	310

Le conseguenze della violenza collettiva	313
Cosa si può fare per prevenire la violenza collettiva?	322
Raccomandazioni	329
Conclusioni	333
Bibliografia	333
9. Il futuro: raccomandazioni per l'azione	337
Background	337
La risposta alla violenza: quali sono le conoscenze attuali?	337
Raccomandazioni	342
Conclusioni	351
Bibliografia	351
Fonti	352
Sezione I. Metasiti relativi alla violenza	352
Sezione II. Siti Web relativi al problema della violenza	353
Sezione III. Altri siti Web	354

Avvertenza per il lettore

Come anticipato nell'Avvertenza della prima parte del n. 133/134 di Quaderni, nel presente fascicolo sono riportati i Capitoli dal quinto al nono del Rapporto OMS su violenza e salute che trattano i seguenti temi: la violenza sugli anziani, la violenza sessuale, la violenza autoinflitta e la violenza collettiva. L'ultimo Capitolo riprende i temi trattati nell'intero Rapporto e presenta le raccomandazioni che l'OMS sottopone all'attenzione dei Paesi membri in tema di violenza, con particolare riguardo alle sue conseguenze sulla salute.

5. L'abuso nei confronti degli anziani

Background

L'abuso nei confronti degli anziani da parte di membri della famiglia risale all'antichità. Fino alla nascita di iniziative volte a contrastare l'abuso nei confronti dei bambini e la violenza domestica negli ultimi venticinque anni del XX secolo, questo fenomeno è rimasto un problema privato, nascosto agli occhi della collettività. Inizialmente considerato una questione di benessere sociale e in seguito un problema legato all'invecchiamento, l'abuso sugli anziani, come altre forme di violenza familiare, si è trasformato in un problema di salute pubblica e di giustizia criminale. Questi due ambiti – la salute pubblica e la giustizia criminale – hanno pertanto giocato un ruolo molto importante nella definizione del modo in cui l'abuso sugli anziani è considerato, analizzato e trattato. Il presente capitolo si occupa specificamente dell'abuso nei confronti delle persone anziane da parte dei membri della famiglia o di altre persone conosciute, in casa nonché in contesti residenziali o di ricovero. Non si occupa di altri tipi di violenza che possono riguardare le persone anziane, quali la violenza da parte di estranei, la criminalità di strada, le guerre tra bande o i conflitti militari.

Il maltrattamento degli anziani – definito come “abuso sull'anziano” – è stato descritto per la prima volta nelle riviste scientifiche inglesi nel 1975 con il termine *granny battering*, violenza nei confronti delle nonne (1, 2). Il primo a considerare il problema come una questione sociale e politica, tuttavia, fu il Congresso degli Stati Uniti, seguito successivamente da ricercatori e medici. Nel corso degli anni ottanta sono state segnalate ricerche scientifiche e azioni da parte delle autorità in Australia, Canada, Cina (Hong Kong SAR), Norvegia, Svezia e Stati Uniti, e nel decennio successivo in Argentina, Brasile, Cile, India, Israele, Giappone, Sudafrica, Regno Unito e altri paesi europei. Sebbene l'abuso sugli anziani sia stato evidenziato inizialmente nei paesi industrializzati, in cui sono state condotte la maggior parte delle ricerche esistenti, evidenze aneddotiche e altre relazioni che riguardano alcuni paesi in via di sviluppo hanno mostrato come si tratti di un fenomeno universale. Il fatto che questo tipo di abuso venga attualmente considerato in modo decisamente più serio riflette la maggiore preoccupazione nel campo dei diritti umani e della parità tra uomini e donne a livello mondiale, nonché l'impegno nei confronti della violenza domestica e dell'invecchiamento della popolazione.

È difficile definire il momento in cui una persona diventa “anziana” e ciò rende difficile confrontare i diversi studi e i diversi paesi. Nelle società occidentali si fa coincidere l'inizio della vecchiaia con il momento del pensionamento, all'età di 60 o 65 anni. Nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, tuttavia, questo concetto sociale che si basa sul pensionamento non è molto significativo. In questi paesi sono più importanti i ruoli che le persone hanno ricoperto nel corso della loro vita. La vecchiaia è quindi considerata quel momento della vita in cui le persone, a causa di un declino fisico, non sono più in grado di ricoprire il proprio ruolo all'interno della famiglia o nel lavoro.

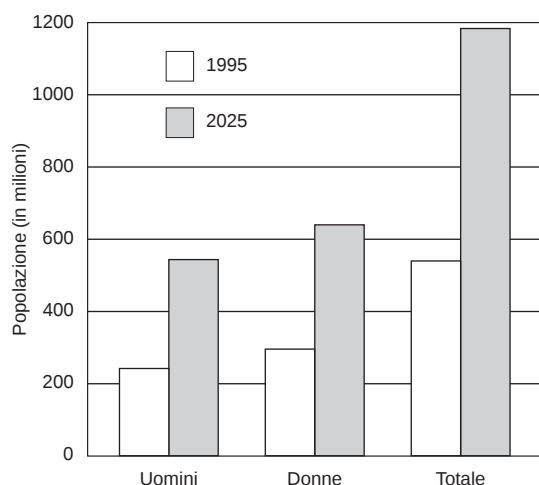
La preoccupazione relativa ai maltrattamenti nei confronti degli anziani è aumentata in seguito alla consapevolezza che nei prossimi decenni, nei paesi industrializzati così come in quelli in via di sviluppo, si assisterà a un marcato aumento della popolazione anziana – quella che in francese è chiamata *le troisième âge* (la terza età). Si prevede che entro l'anno 2025 la

popolazione di età uguale o superiore a 60 anni sarà più che raddoppiata, passando da 542 milioni nel 1995 a circa 1,2 miliardi (Figura 5.1). Anche il numero totale delle persone anziane nei paesi in via di sviluppo sarà più che raddoppiato entro il 2025 e raggiungerà gli 850 milioni (3) – il 12% della popolazione globale dei paesi in via di sviluppo – anche se si ritiene che in alcuni paesi, tra cui Colombia, Indonesia, Kenya e Thailandia, l'aumento sarà più del quadruplo. In tutto il mondo, un milione di individui raggiunge i 60 anni di età ogni mese: l'80% nei paesi in via di sviluppo.

Le donne vivono più a lungo degli uomini in quasi tutti paesi del mondo, ricchi e poveri (3). Questo divario di genere è, tuttavia, decisamente più contenuto nei paesi in via di sviluppo, soprattutto a causa degli elevati tassi di mortalità materna e, negli ultimi anni, anche a causa dell'epidemia di AIDS.

Questi mutamenti demografici nei paesi in via di sviluppo si verificano parallelamente a una maggiore mobilità e a cambiamenti delle strutture familiari. Il processo di industrializzazione sgretola modelli consolidati di interdipendenza tra le generazioni all'interno della famiglia, determinando spesso difficoltà materiali e affettive per gli anziani. In molti paesi in via di sviluppo le reti familiari e di comunità che avevano precedentemente fornito sostegno alle generazioni più anziane sono state indebolite, e spesso distrutte, dai rapidi mutamenti sociali ed economici. La pandemia di AIDS condiziona inoltre in modo significativo la vita delle persone anziane. In diverse zone dell'Africa subsahariana, ad esempio, moltissimi bambini sono orfani perché i loro genitori muoiono a causa di questa malattia. Le persone anziane che si aspettavano il sostegno da parte dei propri figli nella vecchiaia si devono invece occupare di questi bambini senza una famiglia che li aiuti nel futuro.

Figura 5.1 Proiezione della crescita della popolazione globale di età ≥ 60 anni, 1995-2025



Fonte: Divisione della popolazione delle Nazioni Unite, 2002.

Solo il 30% degli anziani nel mondo usufruisce di sistemi pensionistici. Nell'Europa orientale e nei paesi dell'ex Unione Sovietica, ad esempio, a causa dei cambiamenti da un'economia pianificata a economie di mercato, molte persone anziane sono rimaste senza un reddito da pensione e non usufruiscono più dei servizi sanitari e sociali forniti precedentemente dai regimi comunisti. Nelle economie dei paesi industrializzati, così come in quelle dei paesi in via di sviluppo, le ineguaglianze strutturali hanno spesso rappresentato per la popolazione in generale la causa di scarsi guadagni, elevata disoccupazione, servizi sanitari insufficienti, mancanza di opportunità nel campo dell'istruzione e discriminazione nei confronti delle donne – tutti problemi che hanno contribuito a rendere gli anziani più poveri e più fragili.

Nei paesi in via di sviluppo gli anziani devono ancora affrontare un rischio elevato di malattie trasmissibili. Con l'aumento della speranza di vita in questi paesi, gli anziani saranno esposti alle stesse malattie croniche, spesso incurabili e in molti casi invalidanti, collegate alla vecchiaia che sono attualmente assai diffuse nei paesi industrializzati. Dovranno inoltre affrontare i pericoli ambientali e le probabili violenze all'interno delle loro società. D'altra parte, i progressi della scienza medica e dell'assistenza sociale garantiranno a molte persone anziane un maggior numero di anni di vecchiaia liberi da disabilità. Migliori strategie in campo sanitario elimineranno alcune malattie, o ne ridurranno l'impatto. Queste numerose persone anziane rappresenteranno un beneficio per la società, in quanto importante fonte di esperienza e conoscenze.

Come viene definito l'abuso sugli anziani?

Si ritiene solitamente che l'abuso sugli anziani possa essere costituito da un atto commesso oppure omesso (in questo caso si parla solitamente di "incuria"), e che possa essere intenzionale o non intenzionale. L'abuso può avere natura fisica, psicologica (e comportare aggressione emotiva o verbale), o riguardare un maltrattamento di tipo economico o di altra natura. A prescindere dalla tipologia, esso determinerà comunque una sofferenza inutile, danno o dolore, perdita o violazione dei diritti umani e una ridotta qualità di vita per l'anziano (4). Il comportamento viene definito abusivo, di incuria o di sfruttamento in base alla frequenza, alla durata, alla gravità del maltrattamento, alle sue conseguenze nonché, soprattutto, al contesto culturale. Tra la popolazione Navajo negli Stati Uniti, ad esempio, ciò che a un osservatore esterno sembrava sfruttamento economico da parte dei familiari era considerato invece da parte degli anziani coinvolti un dovere culturale, anzi un privilegio – condividere i propri beni con gli altri membri della famiglia (5). Altre tribù native americane consideravano l'abuso sugli anziani un problema della collettività piuttosto che individuale (6).

La definizione elaborata da *Action on Elder Abuse* nel Regno Unito (7) e adottata dalla Rete internazionale per la prevenzione dell'abuso sugli anziani afferma che: "Per abuso sugli anziani si intende un atto singolo o ripetuto, o la mancanza di un'azione appropriata, che si verifica all'interno di qualsiasi relazione in cui vi sia aspettativa di fiducia che determina danno o sofferenza a una persona anziana". Tale abuso si divide solitamente nelle seguenti categorie:

- Abuso fisico: provocare dolori o lesioni, coercizione fisica, o limitazioni fisiche o farmacologiche.
- Abuso psicologico o affettivo: infliggere sofferenza emotiva.
- Abuso economico o materiale: sfruttamento illegale o improprio o utilizzo di fondi o risorse della persona anziana.
- Abuso sessuale: contatto sessuale non consenziente di qualsiasi genere con la persona anziana.

- Incuria: rifiuto o mancanza di assolvere all'obbligo di assistenza. Ciò può anche comprendere il tentativo conscio e intenzionale di infliggere sofferenza fisica o emotiva alla persona anziana.

Questa definizione di abuso sugli anziani è stata condizionata in modo determinante dalle ricerche condotte in Canada, nel Regno Unito e negli Stati Uniti. Studi effettuati in Cina (Hong Kong SAR), Finlandia, Grecia, India, Irlanda, Israele, Norvegia, Polonia e Sudafrica hanno affrontato il problema con modalità decisamente diverse (8). I ricercatori norvegesi, ad esempio, hanno identificato l'abuso con un "triangolo di violenza" che comprende una vittima, un persecutore e altri che, direttamente o indirettamente, osservano gli attori principali. In paesi quali la Cina, che sottolinea l'armonia e il rispetto all'interno della società, trascurare l'assistenza di una persona anziana viene considerato un atto di abuso sugli anziani. Si parla di abuso anche nel caso in cui dei membri della famiglia manchino di assolvere agli obblighi – mantenimento e abitazione – che derivano dal rapporto di parentela.

Le società tradizionali

Diverse società tradizionali del passato ritenevano che l'armonia familiare rappresentasse un fattore importante nell'ambito delle relazioni familiari. Il rispetto per la famiglia era rafforzato dalle tradizioni filosofiche e dalla politica pubblica. Nella società cinese, si inseriva in un sistema di valori che sottolineava la "devozione filiale". Il maltrattamento delle persone anziane non veniva riconosciuto e certamente non era dichiarato. Queste tradizioni rappresentano tuttora un condizionamento. Studi condotti negli Stati Uniti sugli atteggiamenti nei confronti dell'abuso sugli anziani hanno evidenziato come i cittadini di origine coreana ritenessero che il primato dell'armonia familiare sul benessere individuale rappresentasse il metro di paragone per capire se un comportamento costituiva un abuso o meno (9). Analogamente, le persone di origine giapponese ritenevano il "gruppo" della massima importanza e che il benessere del singolo dovesse essere sacrificato per il bene del gruppo (10).

Togliere agli anziani la posizione di capofamiglia e privarli della loro autonomia in nome dell'affetto rappresentano modelli culturali anche nei paesi in cui la famiglia costituisce l'istituzione centrale e in cui è forte il sentimento dell'obbligo filiale (11). L'atteggiamento che porta a considerare l'anziano alla stregua di un bambino o a proteggerlo in modo eccessivo può rendere la persona anziana isolata, depressa o demoralizzata e può essere considerato una forma di abuso. In alcune società tradizionali le vedove più anziane vengono abbandonate e le loro proprietà suddivise. In certe zone dell'Africa e dell'India, alcuni riti legati al lutto comprendono per le vedove pratiche che in altri contesti verrebbero considerate crudeli, ad esempio violenza sessuale, matrimonio forzato (in cui un uomo viene obbligato a sposare la vedova di suo fratello che non abbia figli) e l'espulsione dalla propria casa (12). In alcune realtà, nei confronti di donne anziane e sole vengono emesse accuse di stregoneria, spesso collegate a eventi altrimenti inspiegabili all'interno della comunità locale, quali un decesso o un mancato raccolto (13). Nell'Africa subsahariana, molte donne anziane sono state allontanate dalle proprie case e dalle proprie comunità e sono state costrette a vivere in povertà nelle aree urbane in seguito ad accuse di stregoneria. Nella Repubblica Unita di Tanzania vengono uccise ogni anno circa 500 donne anziane con l'accusa di stregoneria (14). Questi atti di violenza si sono profondamente radicati negli usi sociali ed è possibile che a livello locale non vengano considerati "abusi sugli anziani" (Box 5.1).

Un workshop condotto in Sudafrica nel 1992 su questo problema ha stabilito una distinzione tra *maltrattamento* (abuso verbale, incuria passiva e attiva, sfruttamento economico ed

eccessiva somministrazione di farmaci) e *abuso* (compresi la violenza fisica, psicologica e sessuale e il furto) (8). Da allora sono stati organizzati gruppi di discussione composti da persone anziane provenienti da sobborghi tradizionalmente “neri” in Sudafrica per valutare il livello di conoscenza e di comprensione dell’abuso sugli anziani all’interno di queste comunità. Oltre al tipico schema occidentale che comprendeva abuso fisico, verbale, economico, sessuale e incuria, i partecipanti vollero aggiungere alla definizione:

Box 5.1 Stregoneria: la minaccia della violenza nella Repubblica Unità di Tanzania

Nella Repubblica Unità di Tanzania, ogni anno vengono uccise circa 500 donne con l’accusa di stregoneria. Il problema è particolarmente grave nel Sukumaland, nel nord del paese. Un numero elevato di donne anziane si allontanano dalle proprie case e comunità per paura di essere accusate di stregoneria e si riducono a vivere in povertà nelle aree urbane.

La credenza nella stregoneria esiste nel Sukumaland da secoli, anche se la violenza a essa collegata è aumentata notevolmente negli ultimi anni. È possibile che ciò sia dovuto in parte alla maggiore povertà legata all’enorme sproporzione tra la quantità di persone e la scarsità della terra disponibile, così come a un livello di istruzione globalmente limitato. Quando individui poveri e non istruiti cercano di trovare una spiegazione per le sfortune che subiscono – malattia e morte, cattivi raccolti e sorgenti prosciugate – hanno bisogno di un capro espiatorio, e la stregoneria sembra spiegare eventi che non possono essere altrimenti compresi o controllati.

Gli uomini sono talvolta accusati di stregoneria, anche se la posizione di inferiorità della donna nelle società fa sì che essa rappresenti in assoluto il bersaglio principale. Vi sono diversi modi in cui le donne in questa regione vengono accusate di stregoneria:

- Le *dispute relative alla terra* sono una causa comune di violenza nei confronti delle vedove. In base alle leggi di successione, le vedove possono continuare a vivere sulla terra del proprio marito, senza averne la proprietà. Quando muoiono, la terra diventa di proprietà dei figli del marito. Le accuse di stregoneria sono quindi utilizzate per eliminare le vedove che vivono su una proprietà come locatarie e impediscono così che l’eredità passi ad altri.
- Ai *guaritori tradizionali* viene spesso richiesto con insistenza da parte di familiari o vicini di emettere accuse di stregoneria nei confronti delle donne. Un ragazzino ha ucciso la madre dopo che un guaritore tradizionale gli aveva detto che essa era la causa dei suoi problemi.
- I *miti* relativi all’aspetto fisico delle streghe – che hanno gli occhi rossi, ad esempio – danno spesso adito ad accuse di stregoneria. Gli occhi di molte donne anziane sono rossi dopo una vita passata a cucinare su fornelli fumosi, o per malattie quali la congiuntivite.

I capi della comunità nel Sukumaland sollecitano indicazioni precise da parte del governo. Uno di essi ha dichiarato: “È un problema di educazione della gente. In altre zone del paese in cui la popolazione possiede un grado di istruzione superiore non dobbiamo affrontare questo problema”.

Fino a poco tempo fa, il governo era restio ad ammettere che la stregoneria esistesse ancora. Adesso questo problema è stato ampiamente discusso e condannato in modo ufficiale. Nel 1999, il governo della Tanzania ha scelto la stregoneria come tema per la Giornata internazionale della donna.

Anche un’organizzazione locale non governativa e HelpAge International stanno attualmente introducendo misure per migliorare la sicurezza delle donne anziane nella Repubblica Unità della Tanzania. Queste misure hanno l’obiettivo di modificare gli atteggiamenti e le credenze che circondano la stregoneria e di affrontare alcuni dei problemi pratici, quali la povertà e le difficili situazioni abitative, che hanno contribuito ad alimentare tali credenze.

Fonte: riprodotto dalla referenza 14, con il permesso dell’editore.

- mancanza di rispetto per gli anziani, equiparata all'incuria;
- accusa di stregoneria;
- abuso da parte dei sistemi (maltrattamento nelle strutture sanitarie e da parte degli organismi burocratici).

I gruppi di discussione elaborarono le seguenti definizioni (15):

- Abuso fisico: percosse e maltrattamenti fisici.
- Abuso affettivo e verbale: discriminazione sulla base dell'età, insulti e parole offensive, denigrazione, intimidazione, false accuse, dolore e difficoltà psicologici.
- Abuso economico: estorsione e controllo dei proventi della pensione, furto di beni e sfruttamento determinato dall'obbligo di prendersi cura dei nipoti.
- Abuso sessuale: incesto, stupro e altri tipi di coercizione sessuale.
- Incuria: perdita di rispetto per gli anziani, negazione dell'affetto e mancanza di interesse per il benessere della persona anziana.
- Accusa di stregoneria: stigmatizzazione e ostracismo.
- Abuso da parte dei sistemi: il trattamento disumanizzante che gli anziani possono subire nelle strutture sanitarie o negli uffici che si occupano delle pensioni e la marginalizzazione da parte del governo.

Queste definizioni, elaborate dai partecipanti e classificate da parte dei ricercatori, sono il risultato dell'impegno iniziale in Sudafrica per ottenere informazioni sull'abuso nei confronti degli anziani direttamente dagli anziani stessi. Rappresentano inoltre il primo tentativo di classificare l'abuso sugli anziani in un paese in via di sviluppo, basandosi sul modello occidentale ma aggiungendovi anche fattori rilevanti per la popolazione locale.

Le dimensioni del problema

Contesto familiare

Poiché la maggior parte delle nazioni in via di sviluppo ha acquisito consapevolezza del problema solo recentemente, le informazioni sulla frequenza dell'abuso nei confronti degli anziani si basano su cinque ricerche condotte nell'ultimo decennio in cinque paesi industrializzati (16-20). I risultati mostrano un tasso di abuso del 4-6% tra gli anziani se vengono considerati l'abuso fisico, psicologico, economico e l'incuria. Una difficoltà nel confronto tra i diversi studi è dovuta alla diversità dei periodi considerati. Gli studi condotti in Canada, Paesi Bassi e Stati Uniti si riferiscono all'"anno precedente". Lo studio relativo alla Finlandia ha analizzato l'abuso dal "momento del pensionamento", mentre quello condotto nel Regno Unito ha esaminato i casi degli "ultimi anni". Il primo gruppo di studi (Canada, Paesi Bassi e Stati Uniti) non ha evidenziato significative differenze dei tassi di prevalenza dell'abuso in base all'età o al sesso, lo studio condotto in Finlandia ha riscontrato un'elevata percentuale di vittime di sesso femminile (7,0%) rispetto a quelle di sesso maschile (2,5%), mentre lo studio inglese non ha fornito alcuna analisi in base all'età o al sesso. A causa delle differenze metodologiche tra i cinque studi e del numero relativamente limitato delle vittime non si ritiene opportuno compiere ulteriori analisi comparative.

Uno studio sulla violenza in famiglia condotto recentemente in Canada ha evidenziato che il 7% delle persone anziane ha subito qualche forma di abuso affettivo, l'1% forme di abuso economico e l'1% di abuso fisico o sessuale da parte di chi li assiste, di figli o partner, nei cinque anni che avevano preceduto lo studio (21). Gli uomini (9%) segnalavano più spesso di aver subito un abuso emotivo o economico rispetto alle donne (6%). A causa della diversità

delle domande poste nello studio e dei differenti periodi considerati, questi risultati non possono essere confrontati con quelli dello studio condotto precedentemente in Canada, che aveva evidenziato una percentuale di abuso affettivo decisamente inferiore (1,4%) e un tasso più elevato di abuso economico (2,5%) (17).

Contesto istituzionale

Venticinque anni fa la percentuale delle persone anziane che vivevano in strutture dedicate nei paesi industrializzati aveva raggiunto il 9% circa (22). Da allora, si è verificato un cambiamento di tendenza verso l'assistenza all'interno della comunità e il ricorso a contesti residenziali meno restrittivi. Attualmente, i tassi di utilizzo delle case di riposo sono del 4-7% in paesi quali Canada (6,8%), Israele (4,4%), Sudafrica (4,5%) e Stati Uniti (4%). Nella maggior parte dei paesi africani è possibile trovare persone anziane nei reparti di lungodegenza degli ospedali, in istituti per indigenti e disabili e – in alcuni paesi subsahariani – in accampamenti di stregoni. I mutamenti sociali, economici e culturali in atto in alcune delle società in via di sviluppo ridurranno la capacità delle famiglie di assistere i propri parenti più deboli e quindi determineranno una maggiore domanda di assistenza istituzionalizzata. In Cina sta diventando normale ritenere che debbano essere create strutture dedicate per l'assistenza agli anziani. A Taiwan, Cina, l'assistenza in regime di ricovero ha rapidamente sostituito l'assistenza familiare per gli anziani (AY Kwan, dati non pubblicati, 2000).

In America latina i tassi di ricovero delle persone anziane vanno dall'1% al 4%. Il ricovero non è più considerato inaccettabile per una persona anziana, ma è inteso come un'alternativa per le famiglie. Gli *asilos* sostenuti dal governo, grandi strutture che ricordano i primi ricoveri inglesi per indigenti, sono stati trasformati in istituzioni di dimensioni più contenute con équipe di professionisti appartenenti a molte discipline diverse. Altre strutture sono gestite da comunità religiose originarie di altri paesi. Non sono disponibili dati relativi alle percentuali di ricovero nei paesi dell'ex blocco dell'Europa orientale, poiché le autorità allora in carica non permettevano la pubblicazione di tali informazioni.

Nonostante l'esistenza di una vasta letteratura sulla qualità dell'assistenza in strutture dedicate, e sebbene casi di abuso sugli anziani siano stati documentati in modo approfondito nelle relazioni di indagini pubbliche, studi etnografici e storie personali, non esistono dati a livello nazionale sulla prevalenza o l'incidenza dell'abuso, ma solamente dati a livello locale provenienti da studi su piccola scala. Un'inchiesta condotta sul personale delle case di ricovero in uno stato degli Stati Uniti ha reso noto che il 36% del personale infermieristico e generale ha affermato di essere stato testimone di almeno un caso di abuso fisico da parte di altri membri del personale nell'anno precedente, mentre il 10% ha ammesso di aver perpetrato almeno un atto di abuso fisico. L'81% del campione aveva osservato almeno un caso di abuso psicologico nei confronti di una persona ricoverata nel corso dell'anno precedente, e il 40% aveva ammesso di avere anche perpetrato un atto di questo genere (23). I risultati suggeriscono che il maltrattamento nei confronti dei ricoverati più anziani può essere ancora più diffuso di quanto solitamente si ritiene.

Le probabili percentuali dell'abuso sugli anziani sia in contesti di comunità sia nelle strutture di ricovero potrebbero essere superiori a quanto indicato dalle statistiche generali raccolte nei diversi paesi in merito agli atti violenti. Parte delle disparità nasce dal fatto che l'abuso sugli anziani non è stato riconosciuto fino agli anni settanta. I decessi relativi a questo gruppo di popolazione, nelle strutture così come nelle comunità, sono stati spesso attribuiti a cause naturali, accidentali o non determinate quando in realtà rappresentavano le conseguenze di un comportamento abusivo o negligente.

Quali sono i fattori di rischio per l'abuso nei confronti degli anziani?

La maggior parte delle ricerche iniziali sull'abuso nei confronti degli anziani si occupava esclusivamente dei contesti familiari ed era condotta nei paesi industrializzati. Per cercare una spiegazione a questo problema, i ricercatori attingevano alla letteratura nel campo della psicologia, della sociologia, della gerontologia e nello studio della violenza familiare. Per conciliare la complessità dell'abuso sugli anziani e i molti fattori a esso associati, gli studiosi hanno fatto ricorso al modello ecologico, applicato per la prima volta allo studio sull'abuso e l'incuria nei confronti dell'infanzia (24) e applicato più recentemente all'abuso nei confronti degli anziani (25, 26). Il modello ecologico è in grado di considerare le interazioni che si verificano tra diversi sistemi. Come descritto nel Capitolo 1 (Parte prima, p. 19), tale modello consiste in una gerarchia di quattro livelli ambientali: individuale, relazionale, di comunità e di società.

Fattori individuali

I ricercatori che per primi si sono occupati del problema dell'abuso sugli anziani hanno dato scarsa importanza ai disturbi individuali della personalità come agenti causali della violenza familiare, sottolineando invece i fattori sociali e culturali (27). Più recentemente, invece, la ricerca sulla violenza familiare ha evidenziato che i responsabili di violenza, aggressivi a livello fisico, presentano una maggiore probabilità di avere disturbi della personalità e problemi alcool-correlati rispetto alla popolazione generale (28). Analogamente, studi che si sono limitati ad analizzare la violenza nei confronti delle persone anziane in ambito familiare hanno osservato come sia più probabile che gli aggressori presentino problemi di salute mentale e di abuso di sostanze rispetto ai membri della famiglia, o a chi assiste gli anziani, che non sono violenti o abusivi (29-31).

Nei primi studi è stato osservato che le menomazioni cognitive e fisiche dell'anziano vittima di abuso rappresentano importanti fattori di rischio per l'abuso. Nonostante ciò, uno studio successivo su un ampio numero di casi di un'agenzia di servizi sociali ha rivelato che gli anziani maltrattati non erano in condizioni peggiori rispetto ai loro coetanei che non avevano subito abusi, anzi lo erano ancora di meno, soprattutto per quanto riguarda i casi di abuso fisico e verbale (32). In altri studi, un confronto tra campioni di pazienti con malattia di Alzheimer ha evidenziato come il livello di menomazione non rappresentasse un fattore di rischio per l'abuso (33, 34). Tra i casi di abuso segnalati alle autorità, tuttavia, quelli che riguardano le persone molto anziane e con gravi menomazioni costituiscono solitamente una percentuale importante.

È stata avanzata l'ipotesi di considerare il genere di appartenenza un fattore determinante per l'abuso nei confronti degli anziani, sostenendo che le donne più anziane potrebbero essere state vittime di oppressione e svantaggiate dal punto di vista economico per tutta la loro vita (35). In base a studi di prevalenza a livello di comunità, tuttavia, sembra che gli uomini anziani siano a rischio di abuso da parte di coniugi, figli adulti e altri parenti in una percentuale simile a quella che riguarda le donne anziane (16, 17).

Sebbene il reddito degli anziani non costituisse un fattore significativo in uno studio di prevalenza condotto negli Stati Uniti, le difficoltà economiche di chi commette l'abuso sembravano essere un importante fattore di rischio. In alcuni casi questo fatto era legato a un problema di abuso di sostanze da parte di un figlio adulto, spinto a estorcere denaro, possibilmente l'assegno della pensione, alla persona anziana. Anche il risentimento da parte dei membri della famiglia per il fatto di dover spendere denaro nell'assistenza dell'anziano potrebbe essere importante in questo tipo di abuso.

Fattori relazionali

Nei primi modelli teorici, il livello di stress di chi si occupa degli anziani era considerato un fattore di rischio che collegava l'abuso all'assistenza di un parente anziano (36, 37). Se da un lato l'immagine popolare dell'abuso mostra una vittima dipendente e la persona che assiste l'anziano con un livello di stress eccessivo, è sempre più chiaro che nessuno di questi fattori giustifica effettivamente i casi di abuso. Sebbene i ricercatori non rifiutino la componente dello stress, essi tendono attualmente a considerarla in un contesto più ampio, in cui la qualità globale della relazione rappresenta un fattore causale (30, 34, 38). Alcuni degli studi che riguardano lo stress di chi assiste gli anziani, la malattia di Alzheimer e l'abuso suggeriscono che la natura della relazione tra chi eroga l'assistenza e chi la riceve prima che si instauri l'abuso può rappresentare un importante fattore di predizione dell'abuso stesso (34, 39, 40). Attualmente, quindi, si ritiene che lo stress possa essere un fattore che contribuisce all'insorgere di casi di abuso, ma che non sia – da solo – responsabile del fenomeno.

Il lavoro con pazienti affetti da demenza ha mostrato come gli atti di violenza commessi da chi riceve le cure possano agire da “molla” per una violenza di risposta da parte di chi eroga le cure (41). È possibile che la violenza sia il risultato dell'interazione di diversi fattori, tra cui lo stress, la relazione tra chi fornisce l'assistenza e chi la riceve, l'esistenza di un comportamento disgregante e aggressivo da parte del paziente e uno stato di depressione in chi presta l'assistenza (42).

La situazione abitativa, soprattutto il sovraffollamento e la mancanza di riservatezza, è stata associata alla presenza di conflitti all'interno delle famiglie. Sebbene l'abuso si possa verificare anche quando l'abusante e l'anziano vittima dell'abuso vivono separatamente, l'anziano si trova in una situazione di maggiore rischio quando convive con chi lo cura.

Le prime teorie relative a questo problema hanno cercato anche di associare la dipendenza con un maggiore rischio di abuso. In un primo momento era stata sottolineata la dipendenza della vittima da chi l'assiste o dal responsabile dell'abuso, sebbene studi di caso successivi abbiano individuato responsabili che erano dipendenti dalla persona anziana – solitamente figli adulti che dipendevano dai genitori anziani per la casa e l'assistenza economica (32). In alcuni di questi casi era evidente una “rete di interdipendenza” – un forte attaccamento affettivo tra la vittima dell'abuso e il responsabile che spesso ostacolava i tentativi di intervento.

Fattori relativi alla comunità e alla società

Nella quasi totalità degli studi relativi ai fattori di rischio, l'isolamento sociale emerge come fattore di comunità importante per il maltrattamento degli anziani (17, 29, 43, 44). Come accade nel caso delle donne vittime di percosse, per le persone anziane l'isolamento può rappresentare sia una causa sia una conseguenza dell'abuso. Molti anziani sono isolati a causa di infermità fisiche o mentali. Inoltre, la perdita di amici e membri della famiglia riduce le possibilità di interazione sociale.

Sebbene esistano finora solo poche evidenze fondate, i fattori relativi alla società sono considerati importanti come fattori di rischio per l'abuso sugli anziani sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo; nel passato l'enfasi veniva solitamente posta sulle caratteristiche individuali o interpersonali come potenziali fattori per l'abuso sugli anziani. Attualmente si ritiene che anche norme e tradizioni culturali – pregiudizi nei confronti degli anziani, sessismo e violenza – giochino un ruolo di fondo importante. Le persone anziane sono spesso descritte come fragili, deboli e dipendenti: ciò ha alimentato l'idea che si tratti di un gruppo di popolazione che merita investimenti pubblici o anche attenzione familiare in misura ridotta rispetto ad altri gruppi, e ha reso gli anziani un facile bersaglio di sfruttamento.

Per quanto riguarda l'Africa subsahariana in particolare, i fattori relativi alla società e alla comunità comprendono (12):

- i sistemi di eredità patrilineari e matrilineari e i diritti sulla terra, che condizionano la distribuzione del potere;
- il modo in cui le società valutano il ruolo delle donne;
- l'erosione degli stretti vincoli tra le diverse generazioni di una famiglia, dovuta alla migrazione verso le città e all'aumento dell'educazione formale;
- la perdita, attraverso la modernizzazione, dei tradizionali ruoli di arbitro domestico, rituale e familiare delle persone anziane.

Secondo lo studio di gruppi di discussione condotto in Sudafrica di cui si è già parlato, molti casi di abuso – e soprattutto di violenza domestica – si verificano a seguito del disordine sociale, aggravato da crimine, alcool e droghe. A conclusioni simili è giunta una ricerca condotta da sette leader di comunità di sesso maschile del campo abusivo di Tamaho, a Katlehong in Sudafrica (15). Collegando povertà e violenza, essi hanno descritto il modo in cui una vita familiare disfunzionale, la mancanza di denaro per i beni essenziali e la mancanza di istruzione e di opportunità lavorative hanno tutti contribuito a una vita caratterizzata da crimine, spaccio di droga e prostituzione da parte dei giovani. In questa società, gli anziani sono considerati bersaglio di abuso e sfruttamento e la loro vulnerabilità costituisce il risultato di una povertà caratterizzata da mancanza di un sostegno pensionistico e di opportunità di lavoro, scarsa igiene, malattia e malnutrizione.

Anche le trasformazioni politiche nell'area dell'Europa orientale postcomunista hanno determinato condizioni che hanno elevato il rischio di abuso sugli anziani. Tra i fattori che si ritiene abbiano influenzato in quei contesti la salute globale e il benessere psicosociale delle persone, in particolare degli anziani, la cui vulnerabilità allo sfruttamento è aumentata, vi sono:

- il progressivo impoverimento di settori importanti della società;
- un elevato tasso di disoccupazione;
- la mancanza di stabilità e di sicurezza sociale;
- l'esteriorizzazione dell'aggressività, soprattutto tra i giovani.

Per quanto riguarda le società cinesi, sono state indicate diverse ragioni (45) per lo sfruttamento degli anziani, tra cui:

- la mancanza di rispetto da parte della generazione più giovane;
- le tensioni tra la nuova struttura familiare e quella tradizionale;
- la ristrutturazione delle reti di sostegno di base per gli anziani;
- la migrazione delle giovani coppie verso nuove città e il conseguente abbandono dei genitori anziani in aree residenziali in deterioramento all'interno dei centri cittadini.

Gli studi relativi all'abuso sugli anziani hanno sottolineato generalmente i problemi interpersonali e familiari. Tuttavia, è più appropriato ricorrere a un modello integrato che consideri prospettive individuali, interpersonali, di comunità e sociali; tale modello riduce alcuni dei limiti evidenti negli studi precedenti. Si tratta di un modello che prende in considerazione le difficoltà affrontate dalle persone più anziane, soprattutto dalle donne. Si tratta di persone che spesso vivono in povertà, prive dei beni essenziali per la sopravvivenza e senza il sostegno della famiglia – fattori che aumentano il rischio di abuso, incuria e sfruttamento.

Le conseguenze dell'abuso nei confronti degli anziani

Per gli anziani, le conseguenze dell'abuso possono essere particolarmente gravi. Sono individui più fragili e vulnerabili degli adulti di età inferiore, la loro struttura ossea è più fragile e la convalescenza più lunga. Anche una lesione relativamente contenuta può causare un danno grave e permanente. Molte persone anziane sopravvivono con redditi limitati e la perdita di una somma di denaro anche minima può avere un impatto notevole. È possibile che siano isolati, soli, o in difficoltà per una malattia, e siano quindi più vulnerabili come bersaglio di progetti dolosi.

Contesto familiare

È stato condotto un numero molto limitato di studi empirici per determinare le conseguenze del maltrattamento, anche se esistono moltissime relazioni cliniche e di studi di caso sulle gravi difficoltà emotive vissute dagli anziani maltrattati. Studi condotti nei paesi industrializzati hanno fornito alcune evidenze che indicano come gli anziani vittime di abuso soffrano di depressione o presentino sofferenze psicologiche in percentuale superiore rispetto ai loro coetanei che non hanno subito abusi (31, 46, 47). Poiché si tratta di studi trasversali, non è possibile dire se la condizione esisteva anche prima dello studio o rappresentava una conseguenza del maltrattamento. Altri sintomi che sono stati indicati come associati ai casi di abuso comprendono sentimenti di impotenza, alienazione, colpa, vergogna, paura, ansia, rifiuto e stress post-traumatico (48, 49). Conseguenze a livello emotivo sono state riportate anche dai partecipanti allo studio sui gruppi di discussione condotto in Sudafrica, insieme a problemi di salute e – come dichiarato dai partecipanti – “malattia del cuore” (15).

In uno studio autorevole condotto a New Haven, negli Stati Uniti, i dati di uno studio annuale sulla salute e sulla situazione sociale di un gruppo campione di 2812 anziani sono stati incrociati con la banca dati di un'agenzia locale che si occupava di abuso sugli anziani per un periodo di nove anni (50). Le informazioni relative alla salute venivano raccolte dal personale infermieristico, che incontrava gli anziani presso l'ospedale per il primo anno della raccolta dei dati e ogni tre anni dopo quel momento. Negli anni successivi, i dati venivano aggiornati telefonicamente. Le informazioni relative all'abuso e all'incuria venivano ottenute dagli assistenti sociali che si occupavano di ogni caso utilizzando protocolli esistenti dopo aver indagato sulle denunce di maltrattamento, solitamente attraverso una visita domiciliare. La banca dati incrociata permise ai ricercatori di individuare i soggetti del campione per i quali nel corso di tutti i nove anni della ricerca veniva confermato il sospetto di abuso fisico o di incuria. Vennero quindi calcolati i tassi di mortalità, iniziando dal primo anno dell'inchiesta e per i 12 anni successivi, sia per coloro che erano stati vittime di abuso o di incuria sia per coloro che non avevano subito abuso. Nel momento in cui i tassi di mortalità dei due gruppi vennero confrontati, 13 anni dopo l'inizio dello studio, il 40% degli individui del gruppo che non aveva subito abusi era ancora in vita, mentre tale percentuale scendeva al 9% per quanto riguarda il gruppo di chi era stato vittima di abuso fisico o di incuria. Dopo aver nuovamente studiato i dati, tenendo conto di tutti i possibili fattori che potevano aver condizionato la mortalità (ad esempio età, sesso, reddito, condizioni funzionali e cognitive, diagnosi e livello di sostegno sociale) e non avendo trovato alcuna relazione significativa in questi ulteriori fattori, i ricercatori giunsero alla conclusione che il maltrattamento causa un estremo stress interpersonale che può determinare un'ulteriore rischio di morte.

Contesto istituzionale

Si sono osservate situazioni di maltrattamento delle persone anziane nelle strutture di assi-

stenza continuativa (quali case di ricovero, assistenza residenziale, ospedali e strutture di assistenza diurna) in quasi tutti i paesi in cui sono presenti tali strutture. Diverse figure possono essere responsabili dell'abuso: un dipendente della struttura, un altro residente, un operatore volontario, nonché parenti o amici. Una relazione di abuso o incuria tra l'anziano e chi se ne occupa a domicilio non sempre termina nel momento in cui l'anziano viene ricoverato; in alcuni casi l'abuso prosegue anche in un nuovo contesto.

È necessario distinguere tra singoli atti di abuso o incuria in una struttura di ricovero e un abuso istituzionalizzato – nel caso in cui l'impostazione stessa della struttura è abusiva o negligente. Nella realtà, tuttavia, è spesso difficile capire se le ragioni dell'abuso o dell'incuria riscontrate in un contesto di ricovero sono state determinate da singoli atti o da carenze della struttura stessa, poiché le due situazioni si verificano spesso congiuntamente.

Lo spettro delle possibilità di abuso e incuria all'interno delle strutture di ricovero è estremamente ampio (51), e può riferirsi a uno qualsiasi dei seguenti ambiti:

- Erogazione dell'assistenza: ad esempio, resistenza ai cambiamenti della medicina geriatrica, spersonalizzazione dell'assistenza, alimentazione inadeguata e assistenza infermieristica carente (ad esempio la mancanza di attenzione in caso di piaghe da decubito).
- Problemi relativi al personale: ad esempio, stress dovuto al lavoro e burnout del personale, carenti condizioni fisiche di lavoro, formazione insufficiente e problemi psicologici all'interno del personale.
- Difficoltà di interazione tra il personale e i ricoverati: ad esempio, scarsa comunicazione, aggressività da parte dei ricoverati e differenze culturali.
- Ambiente: ad esempio, mancanza di un livello minimo di riservatezza, strutture cadenti, ricorso a mezzi di contenimento, inadeguata stimolazione sensoriale e facilità di incidenti all'interno della struttura.
- Politiche organizzative: ad esempio, quelle volte a favorire la struttura, che non offrono ai ricoverati possibilità di scelta nell'organizzazione della giornata; atteggiamenti burocratici o insensibili nei confronti dei ricoverati; mancanza di personale o elevato turnover; frodi relative a beni o denaro dei ricoverati; nonché mancanza di un comitato costituito dai degenti o dalle loro famiglie.

Evidenze aneddotiche relative all'India indicano che l'abuso all'interno delle strutture di ricovero è spesso perpetrato dal personale attraverso un sistema di rigida organizzazione non discutibile – in nome della disciplina o di un modello imposto di assistenza protettiva – e di sfruttamento della situazione di dipendenza degli anziani; tale abuso inoltre è aggravato dalla mancanza di amministratori professionali.

In base alle conoscenze attuali, è impossibile determinare la diffusione di questa situazione. Le dieci carenze più importanti, individuate come categorie generali dal governo degli Stati Uniti nell'indagine del 1997 condotta su 15.000 istituti di ricovero (52), consistevano in:

1. Preparazione del cibo (21,8%).
2. Valutazione completa: una valutazione documentata di tutte le necessità sanitarie, compresa l'assistenza medica, infermieristica e sociale (17,3%).
3. Progetti globali di assistenza: solitamente sotto forma di un documento che specifichi le necessità giornaliere di assistenza di ogni ricoverato e che indichi il responsabile della loro erogazione, con commenti sull'andamento e sulle modifiche necessarie (17,1%).
4. Incidenti (16,6%).
5. Piaghe da decubito (16,1%).

6. Qualità dell'assistenza (14,4%).
7. Sistemi di contenzione fisica (13,3%).
8. Gestione della struttura (13,3%).
9. Mancanza di dignità (13,2%).
10. Prevenzione degli incidenti (11,9%).

L'abuso e incuria possono verificarsi in diversi tipi di istituzioni, comprese quelle che sembrano offrire un livello di assistenza di qualità. Un'importante conclusione, evidenziata dall'esame di inchieste relative a scandali per l'assistenza in strutture di ricovero, ha sottolineato come un regime di assistenza accettabile o buono si possa trasformare in un sistema abusivo in modo relativamente facile e veloce, con cambiamenti poco evidenti dall'esterno (53).

Cosa si può fare per prevenire l'abuso sugli anziani?

L'impatto che la violenza fisica e psicologica ha sulla salute di una persona anziana viene esacerbato dal processo di invecchiamento e dalle malattie della vecchiaia. È più difficile per un anziano staccarsi da una relazione di abuso o prendere decisioni corrette a causa delle menomazioni fisiche e cognitive che spesso accompagnano l'invecchiamento. In alcune zone, gli obblighi di parentela e il ricorso alla rete della famiglia allargata per risolvere le difficoltà possono inoltre ridurre la capacità degli anziani, soprattutto delle donne, di fuggire da situazioni pericolose. Spesso l'abusante può essere l'unica fonte di compagnia della vittima. Per queste e altre considerazioni, la prevenzione dell'abuso sugli anziani presenta un'ampia gamma di problemi per chi si occupa di questo gruppo di popolazione. Nella maggior parte dei casi, la maggiore difficoltà consiste nell'equilibrare il diritto di autodeterminazione dell'anziano e la necessità di agire per metter fine all'abuso.

Interventi a livello nazionale

Gli sforzi per stimolare l'azione sociale nei confronti dell'abuso sugli anziani a livello nazionale e per elaborare leggi e altre iniziative politiche sono attualmente a livelli diversi di sviluppo nei vari paesi del mondo. Alcuni autori (54, 55) hanno utilizzato il modello dei problemi sociali di Blumer (56) per descrivere i livelli di questo processo:

- manifestazione del problema;
- legittimazione del problema;
- mobilitazione per l'azione;
- formulazione di un programma ufficiale;
- implementazione del programma.

Gli Stati Uniti hanno compiuto ulteriori progressi in termini di risposta a livello nazionale, con un sistema pienamente elaborato per la registrazione e il trattamento dei casi di abuso nei confronti degli anziani. Tale sistema opera a livello statale, e il coinvolgimento del governo federale si limita a sostenere il National Center on Elder Abuse, che offre assistenza tecnica e piccoli finanziamenti agli stati per i loro servizi di prevenzione di questo tipo di abuso. L'attenzione a livello nazionale è fornita anche dal National Committee for the Prevention Elder Abuse, un'organizzazione non profit nata nel 1988 e dalla National Committee for the Association of State Adult Protective Services Administrators, istituita nel 1989.

In Australia e in Canada, alcune province o stati hanno creato sistemi che gestiscono i casi di abuso sugli anziani, ma non è stata annunciata alcuna politica federale ufficiale. La Nuova

Zelanda ha istituito una serie di progetti pilota in tutto il paese. In questi tre paesi sono presenti gruppi a livello nazionale. Il New Zealand National Elder Abuse and Neglect Advisory Council è stato istituito all'inizio degli anni novanta per fornire una prospettiva nazionale sulle strategie per l'assistenza e la protezione degli anziani. L'Australian Network for the Prevention of Elder Abuse è stata creata nel 1998, come punto di contatto e di scambio di informazioni per chi opera con anziani in situazioni di abuso. Con lo stesso scopo, nel 1999 è stata istituita la Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse – per cercare modi per elaborare politiche, programmi e servizi volti all'eliminazione dell'abuso sugli anziani.

Nel Regno Unito, Action on Elder Abuse, un'organizzazione nazionale non governativa, ha aiutato il governo a concentrare l'attenzione sull'abuso nei confronti degli anziani, favorendo l'elaborazione di documenti politici da parte del Dipartimento della salute e dell'Ispettorato dei servizi sociali. Tra i paesi scandinavi spicca la Norvegia, che ha ottenuto l'approvazione parlamentare per un progetto di servizio a Oslo e un centro di risorse per informazioni e ricerca sulla violenza, che rappresenta il risultato dell'azione di quanti si sono impegnati per contrastare questo tipo di abuso. Altri paesi europei – tra cui Francia, Germania, Italia e Polonia – sono al livello di "legittimazione" del modello di Blumer. In questi paesi le attività per la prevenzione dell'abuso sugli anziani si limitano soprattutto a singoli ricercatori e ad alcuni programmi a livello locale.

Il Comitato latino-americano per la prevenzione dell'abuso sugli anziani si è impegnato attivamente per richiamare l'attenzione su questo problema all'interno dei paesi latino-americani e caraibici e offre incontri regionali e nazionali di formazione. In alcuni paesi – tra cui Cuba, Perù, Uruguay e Venezuela – la consapevolezza del problema è ancora in fase di espansione e le attività consistono principalmente in incontri di professionisti e studi di ricerca. Altri paesi della regione, tra cui Argentina, Brasile e Cile sono passati alla legittimazione e all'azione.

A Buenos Aires, in Argentina, nel 1998 è stata istituita, nell'ambito dei programmi del Dipartimento per la promozione del benessere sociale e della vecchiaia, l'organizzazione *Proteger*, che si occupa esclusivamente di casi di abuso sugli anziani. I professionisti e gli altri operatori che lavorano all'interno di questo programma ricevono una formazione della durata di sei mesi in gerontologia, focalizzata soprattutto sulla prevenzione della violenza e sull'intervento in casi di abuso. *Proteger* fornisce inoltre una linea di assistenza telefonica.

In Brasile, il Ministero di Giustizia, Salute e Benessere ha fornito un sostegno ufficiale alla formazione relativa all'abuso sugli anziani. In Cile, a seguito dell'impegno della Commissione interministeriale per la prevenzione della violenza intrafamiliare, è stata emanata nel 1994 una legge contro la violenza all'interno della famiglia (57). La legge considera tutti gli atti di violenza familiare, compresi quelli contro gli anziani.

In Asia, studi condotti da ricercatori in Cina (Hong Kong SAR), India, Giappone e nella Repubblica di Corea hanno richiamato l'attenzione sul problema dell'abuso nei confronti degli anziani, ma finora non è stata intrapresa alcuna azione ufficiale, in termini di elaborazione politica o di programmi.

In Sudafrica, relazioni su questo tipo di abuso sono emerse nel 1981. Nel 1994 il settore pubblico e quello privato hanno istituito congiuntamente un programma di prevenzione dell'abuso nelle strutture di ricovero (58). Gli attivisti che operano nel campo della prevenzione dell'abuso sugli anziani hanno energicamente promosso l'idea di una strategia nazionale, che il governo sta attualmente considerando, e hanno insistito per inserire l'abuso sugli anziani nella dichiarazione finale della South African Development Community Conference sulla

prevenzione della violenza nei confronti delle donne, svoltasi a Maseru, in Lesotho, nel dicembre 2000. La coalizione nigeriana per la prevenzione dell'abuso sugli anziani raccoglie tutti gli enti e i gruppi che operano con gli anziani e a loro difesa. Per quanto riguarda molte altre nazioni africane, l'impegno in questo campo è oscurato da altri problemi apparentemente più pressanti – quali conflitti, povertà e indebitamento.

Nel 1997, con la rapida espansione delle attività legate all'abuso nei confronti degli anziani in tutto il mondo, è stata istituita la Rete internazionale per la prevenzione degli abusi sugli anziani (INPEA, International Network for the Prevention of Elder Abuse), con rappresentanti provenienti da tutti i sei continenti. Gli obiettivi dell'INPEA consistono in: incrementare la consapevolezza pubblica; promuovere l'educazione e la formazione; condurre campagne a nome degli anziani vittime di abuso e di incuria; promuovere la ricerca sulle cause, le conseguenze, il trattamento e la prevenzione dell'abuso sugli anziani. Nel primo stadio di sviluppo di questa rete internazionale, i workshop hanno rappresentato il principale mezzo di formazione e si sono realizzati incontri tra professionisti in Australia, Brasile, Canada, Cuba, Regno Unito e Stati Uniti. Sono stati creati una newsletter trimestrale e un sito Web. L'INPEA è stata anche l'ispirazione per la rete australiana e per quella canadese.

Interventi a livello locale

La maggior parte dei programmi che affrontano il problema dell'abuso sugli anziani riguarda i paesi ad alto reddito. Tali programmi sono solitamente condotti sotto l'egida dei servizi sociali, del sistema di assistenza sanitaria o di quello giudiziario, o in collegamento a programmi che si occupano di violenza familiare. In diversi paesi a medio e basso reddito, anche in presenza di prove dell'esistenza del problema, non sono stati istituiti programmi specifici. In questi paesi i casi di abuso sugli anziani vengono solitamente gestiti da enti di servizi sociali pubblici o privati, anche se il personale di tali enti non sempre possiede le conoscenze specifiche per occuparsene. Il Costa Rica, dove è in atto un importante programma a livello locale, rappresenta un'eccezione (11). In alcuni paesi non esistono servizi sociali o un sistema di assistenza sanitaria che si occupino dell'abuso nei confronti degli anziani.

I servizi sociali

In generale, i paesi che erogano servizi agli anziani vittime di abuso, di incuria o di sfruttamento si avvalgono delle reti di servizi sanitari e sociali esistenti. Gli interventi solitamente riguardano questioni mediche, legali, etiche, psicologiche, economiche, di applicazione delle leggi e ambientali. Sono stati elaborati protocolli e linee guida per aiutare gli assistenti sociali che hanno solitamente la possibilità di effettuare specifici percorsi di formazione. L'assistenza viene abitualmente programmata con la consulenza di specialisti di diverse discipline. I servizi di solito collaborano strettamente con gruppi operativi che rappresentano organismi ufficiali e di volontariato, organizzazioni private e caritative, che offrono servizi di consulenza, forniscono percorsi formativi, elaborano modelli legislativi e individuano i punti deboli del sistema. Le linee telefoniche di sostegno a cui giungono le segnalazioni di maltrattamento rappresentano spesso una caratteristica di tali sistemi (59, 60) e sono attualmente in funzione nel Regno Unito e in singole comunità in Francia, Germania e Giappone (Box 5.2). Solamente gli Stati Uniti e un certo numero di province canadesi hanno creato un sistema specifico che gestisce le segnalazioni di maltrattamento nei confronti di un adulto. In questi servizi di protezione degli adulti gli operatori indagano e valutano i diversi casi, elaborano progetti di assistenza appropriata ed effettuano il monitoraggio dei casi fino al momento in cui questi possono essere seguiti dagli enti del servizio sociale per gli anziani.

Si tende sempre più a fornire i servizi agli anziani vittime di abuso utilizzando le stesse modalità elaborate per le donne maltrattate. Rifugi di emergenza e gruppi di sostegno progettati in modo specifico per gli anziani rappresentano una realtà relativamente nuova. Essi forniscono alle vittime di un abuso un ambiente in cui condividere l'esperienza subita, acquisire l'energia psicologica per affrontare le proprie paure, la fragilità, lo stress e l'ansia, e potenziare la propria autostima. Il programma istituito dalla Federazione finlandese delle case e dei rifugi per la madre e il bambino in collaborazione con case di riposo locali e il sistema di assistenza sanitaria finlandese è un esempio di adattamento del modello all'abuso sugli anziani relativo alla violenza domestica. Questo progetto mette a disposizione letti di emergenza presso la casa di riposo, una linea telefonica che fornisce consigli e offre agli anziani l'opportunità di parlare dei propri problemi, e organizza un incontro bisettimanale di sostegno per le vittime. In Canada, Germania, Giappone e Stati Uniti esistono altre strutture di emergenza di questo tipo.

Nei paesi a basso reddito in cui mancano le infrastrutture dei servizi sociali necessarie per intraprendere questo tipo di programmi, è possibile istituire progetti locali che aiutino gli anziani a pianificare dei programmi e a elaborare servizi specifici, così come a impegnarsi per un cambiamento. Tali attività permettono agli anziani di acquisire anche energia e autostima. In Guatemala, ad esempio, gli anziani non vedenti allontanati dalle proprie case hanno istituito un comitato, creato un'abitazione adeguata alle proprie esigenze e organizzato attività di artigianato locale e altri progetti che garantiscono il reddito per finanziare la propria nuova realtà (61).

Box 5.2 Il Centro giapponese per la prevenzione degli abusi sugli anziani

Nel 1993, in Giappone, la Società per lo studio dell'abuso sugli anziani (SSEA, Society for the Study of Elder Abuse), un gruppo indipendente formato soprattutto da operatori sociali e studiosi, ha condotto un'indagine a livello nazionale sui centri di assistenza a livello di comunità. Lo studio ha confermato l'esistenza degli abusi nei confronti degli anziani in Giappone. In base ai risultati, il SSEA ha deciso che un servizio di consulenza telefonica, come quello realizzato nel Regno Unito da Action on Elder Abuse, rappresentasse la risposta migliore al problema (60).

Con il supporto economico di un'organizzazione nazionale non governativa, nel 1996 venne istituito il Centro giapponese di prevenzione degli abusi sugli anziani, un organismo non governativo che offriva una linea telefonica di counselling conosciuta semplicemente come *Helpline*. Uno dei membri del SSEA, direttore di una casa di riposo, mise a disposizione una stanza della struttura da lui gestita da utilizzare come ufficio e fornì ulteriore supporto. La linea telefonica venne pubblicizzata sui quotidiani, nei centri di sostegno e attraverso altre agenzie.

Helpline attualmente fornisce un'ampia gamma di informazioni e consigli legali a chiunque – compresi professionisti dell'assistenza pubblica e del settore sociale – abbia un problema legato all'abuso sugli anziani.

All'inizio, i consulenti di *Helpline* erano tutti membri del SSEA, ma in un secondo momento vennero aggiunti tre volontari esterni. Ogni giorno sono in servizio due persone. I nuovi arrivati ricevono una formazione completa e tutti i consulenti partecipano a riunioni mensili al SSEA, per scambiarsi informazioni relative all'abuso nei confronti degli anziani e discutere i casi. Quando necessario, vengono chiamati anche professionisti esterni, per trattare casi particolari.

Helpline è esclusivamente un servizio telefonico. Se un interlocutore ha bisogno di un colloquio diretto, piuttosto che telefonico, il caso viene indirizzato a un centro locale di sostegno domiciliare. Segretezza, riservatezza, e anonimità sono caratteristiche specifiche di *Helpline*.

L'assistenza sanitaria

In alcuni paesi latino-americani ed europei, così come in Australia, la professione medica ha svolto un ruolo guida nel richiamare l'attenzione pubblica sul problema dell'abuso nei confronti degli anziani. In altri paesi, tra cui il Canada e gli Stati Uniti, i medici sono decisamente in ritardo in questo ambito rispetto ai professionisti che operano all'ambito sociale e gli infermieri. Pochi programmi di intervento per gli anziani vittime di abuso hanno la loro base in contesti ospedalieri. Quando ciò si verifica, si tratta solitamente di attività di consulto che vengono attivate quando si segnala il sospetto di un caso di abuso. Chi eroga assistenza sanitaria può svolgere un ruolo importante nei programmi che indagano e individuano i casi di abuso.

Se da un lato è naturale ritenere che i medici si trovino nella posizione migliore per individuare i casi di abuso – in parte per la fiducia che la maggior parte degli anziani ripone in loro – molti medici non diagnosticano l'abuso poiché non fa parte della loro formazione formale o professionale e quindi non rientra nel loro elenco di diagnosi differenziali.

Sembra inoltre che nelle unità di Pronto Soccorso venga solitamente dedicata poca attenzione ai bisogni specifici degli anziani. I professionisti sanitari spesso si sentono a proprio agio più con i giovani che con gli anziani e le preoccupazioni di questi ultimi sono frequentemente ignorate. La maggior parte delle unità di Pronto Soccorso non utilizza protocolli per individuare e trattare l'abuso sugli anziani e raramente si occupa dei segnali comportamentali o di salute mentale legati a un abuso, quali depressione, tentativi di suicidio e abuso di droghe o alcool (62).

Si dovrebbe prevedere un'indagine delle condizioni del paziente per evidenziare un possibile abuso (63, 64) se un medico o qualche altro operatore sanitario nota uno dei seguenti segni:

- ritardo tra l'infortunio o la malattia e la richiesta di intervento medico;
- spiegazioni non plausibili o vaghe per le ferite o il cattivo stato di salute, da parte del paziente o di chi se ne occupa;
- versioni della situazione non concordanti tra il paziente e chi se ne occupa;
- frequente ricorso alle unità di Pronto Soccorso per il peggioramento di una condizione cronica, nonostante l'esistenza di un programma di assistenza e delle risorse per trattare il problema a livello domiciliare;
- pazienti anziani con menomazioni funzionali che si presentano senza essere accompagnati da chi li segue;
- risultati di laboratorio non coerenti con le spiegazioni fornite.

Quando conducono un'indagine (65), il medico o l'operatore sanitario dovrebbero:

- interrogare separatamente il paziente, ponendo domande dirette su possibili violenze fisiche, misure di contenimento o atti di incuria;
- interrogare separatamente il sospetto responsabile di abuso;
- porre particolare attenzione alla relazione tra il paziente e il sospetto responsabile e al loro comportamento;
- condurre una valutazione geriatrica globale del paziente, che consideri fattori medici, funzionali, cognitivi e sociali;
- documentare le reti sociali del paziente, formali e informali.

La Tabella 5.1 contiene un elenco di indicatori che possono essere utilizzati come utile guida in caso di sospetto maltrattamento. La presenza di uno degli indicatori di questa tabella, comunque, non deve essere considerata una prova dell'effettivo verificarsi di un abuso.

Tabella 5.1 **Indicatori di abuso sugli anziani**

Indicatori che si riferiscono all'anziano				Indicatori che si riferiscono a chi fornisce l'assistenza
Fisici	Comportamentali e psicologici	Sessuali	Economici	
• L'anziano riferisce di aver subito un'aggressione fisica • Cadute e ferite non spiegate • Bruciature o lividi inconsueti o in posizioni insolite • Tagli, impronte di dita o altre prove di contenzione fisica • Prescrizioni eccessivamente ripetute o utilizzo di farmaci al di sotto della necessità • Malnutrizione o disidratazione non dovute a malattia • Evidenze di assistenza inadeguata o di scarsa igiene • La persona cerca attenzione medica da parte di diversi medici o centri medici	• Modifiche delle abitudini alimentari o problemi legati al sonno • Paura, confusione o atteggiamento rassegnato • Passività, allontanamento dalla realtà o progressiva depressione • Senso di impotenza, disperazione o ansia • Affermazioni contraddittorie, o altra bivalenza non dovuta a confusione mentale • Riluttanza a parlare chiaramente • Rifiuto del contatto fisico, visivo o verbale con chi lo assiste • La persona anziana viene isolata dagli altri	• L'anziano riferisce di aver subito un'aggressione sessuale • Comportamento sessuale fuori luogo rispetto alle consuete relazioni dell'anziano e al suo precedente modo di essere • Cambiamenti comportamentali inspiegabili, ad esempio aggressività, allontanamento dalla realtà o automutilazione • Segnalazioni frequenti di dolori addominali, o sanguinamenti vaginali o anali senza spiegazioni • Infezioni genitali ricorrenti o lividi sul petto o nell'area genitale • Biancheria intima strappata, macchiata o con tracce di sangue	• Prelievi di denaro irregolari o non caratteristici dell'anziano • Prelievi di denaro che non rispecchiano le possibilità dell'anziano • Modifiche di testamento o di intestazione di proprietà per lasciare casa o beni a "nuovi amici o parenti" • Scomparsa di beni • L'anziano "non riesce a trovare" gioielli o altri oggetti personali • Attività sospetta sulla carta di credito • Mancanza di beni di conforto, quando l'anziano se li potrebbe permettere • Problemi di salute fisica o mentale non trattati • Livello di assistenza inadeguato al reddito o alle possibilità dell'anziano	• La persona che assiste l'anziano appare stanco o sotto tensione • Sembra eccessivamente o insufficientemente preoccupato • Biasima l'anziano per situazioni quali l'incontinenza • Si comporta in modo aggressivo • Tratta l'anziano come un bambino o in modo disumanizzante • Ha una storia di abuso di sostanze o di abusi ad altre persone • Non desidera che l'anziano venga interrogato separatamente • Risponde in modo difensivo quando interrogato; è possibile che sia ostile o evasivo • Ha prestato assistenza all'anziano per un periodo prolungato

Azioni a livello giudiziario

Nonostante il crescente interesse per il problema dell'abuso sugli anziani, la maggior parte dei paesi non ha introdotto legislazioni specifiche. Aspetti specifici dell'abuso si ritrovano solitamente nel diritto penale, o all'interno di leggi che trattano i diritti civili, quelli relativi alla proprietà, la violenza in famiglia o la salute mentale. Una legislazione specifica e globale sull'abuso degli anziani implicherebbe un impegno decisamente più approfondito per lo sradicamento del problema. Anche nei casi in cui tale legislazione esiste, tuttavia, gli abusi sono stati perseguiti solo raramente. Ciò accade soprattutto perché gli anziani sono generalmente restii ad accusare membri della famiglia, o non sono in grado di farlo, perché solitamente considerati testimoni non attendibili, o per la natura nascosta dell'abuso. Finché si ritiene che l'abuso sugli anziani sia semplicemente un problema di chi presta l'assistenza, l'azione legale non potrà rappresentare una misura efficace.

Solo le province atlantiche del Canada, Israele e svariati stati degli Stati Uniti possiedono leggi che impongono l'obbligo di segnalazione di un abuso nei confronti degli anziani. Negli Stati Uniti, 43 stati obbligano i professionisti e chi opera con gli anziani a segnalare possibili casi di abuso a un'agenzia indicata dallo stato, nel caso essi abbiano "ragione di ritenere" che si siano verificati abuso, incuria o sfruttamento. Il primo di questi stati ha ratificato la propria legislazione in merito nel 1976 e l'ultimo nel 1999. La provincia canadese di Terranova ha ratificato la propria legge di protezione degli adulti già nel 1973, e l'ultima delle quattro province dell'Atlantico, Isola Principe Edoardo, lo ha fatto nel 1988. La legge in Israele risale al 1989. Come accade per l'obbligo di segnalare i casi di abuso sui bambini, tutte queste leggi sull'abuso nei confronti degli anziani sono state introdotte per evitare che le prove dell'abuso passino inosservate. Si ritiene che la segnalazione obbligatoria costituisca uno strumento importante, soprattutto in situazioni in cui le vittime non sono in grado di riferire e i professionisti sono riluttanti a segnalare i casi. Se da un lato la ricerca sugli effetti dell'obbligo di segnalazione non fornisce per ora risposte conclusive, si osserva comunque come la scelta di segnalare o meno un caso di abuso non dipenda da un obbligo legale quanto piuttosto da fattori organizzativi, etici, culturali e professionali (66).

Campagne di educazione e sensibilizzazione del pubblico

Le campagne di educazione e sensibilizzazione sono state strumenti vitali per informare il pubblico dei paesi industrializzati in merito all'abuso nei confronti degli anziani. L'educazione non riguarda esclusivamente l'insegnamento di nuove informazioni ma anche la modifica degli atteggiamenti e del comportamento, e rappresenta quindi una strategia di prevenzione di fondamentale importanza. Può essere realizzata secondo modalità estremamente diverse – ad esempio con incontri di formazione, seminari, programmi di educazione continua, workshop, nonché meeting scientifici e conferenze. I destinatari saranno non solo gli specialisti delle diverse discipline – medicina, salute mentale, scienze infermieristiche, professioni sociali, giustizia penale e religione – ma anche ricercatori, educatori, politici e responsabili delle decisioni. Un tipico programma di base valido per la maggior parte delle discipline comprende un'introduzione sull'argomento dell'abuso nei confronti degli anziani, l'analisi dei segni e dei sintomi dell'abuso, e informazioni sulle organizzazioni locali che possono fornire assistenza. Corsi di formazione più specialistici si concentreranno sull'acquisizione di abilità relative a interviste e valutazioni dei casi di abuso, e pianificazione dei programmi di assistenza. Per le questioni etiche e legali sarà necessario un insegnamento ancora più dettagliato da parte di specialisti del settore. Corsi sulla collaborazione con altri professionisti e sul lavoro all'interno

di gruppi multidisciplinari fanno ormai parte dei programmi di formazione avanzati sull'abuso sugli anziani.

L'educazione del pubblico e l'aumento della consapevolezza sono elementi di pari importanza nella prevenzione dell'abuso e dell'incuria. Analogamente a ciò che accade nel campo dell'abuso sull'infanzia e della violenza nella coppia, l'obiettivo dell'educazione del pubblico è quello di informare in merito ai diversi tipi di abuso, a come individuarne i segni e ai luoghi in cui si può ottenere aiuto. Le persone che hanno frequenti contatti con gli anziani rappresentano i destinatari privilegiati di questo tipo di educazione. Oltre alla famiglia e agli amici, includono gli impiegati delle poste, i cassieri della banca e i dipendenti dell'azienda elettrica e del gas che si recano nelle abitazioni per la lettura dei contatori. I programmi educativi rivolti agli anziani stessi hanno solitamente maggiori probabilità di successo se le informazioni sull'abuso sono inserite in argomenti di più ampio respiro, quali un buon invecchiamento o l'assistenza sanitaria. Le associazioni degli anziani, i centri della comunità, i programmi di assistenza diurna, le scuole (Box 5.3), e i gruppi di autoaiuto e di sostegno possono tutti collaborare in questo impegno educativo.

I media rappresentano uno strumento di grandi possibilità per incrementare la consapevolezza del pubblico. Immagini più positive e maggiore importanza agli anziani all'interno dei media possono facilitare un diverso atteggiamento del pubblico e ridurre gli stereotipi relativi agli anziani. I partecipanti allo studio con gruppi di discussione condotto in Sudafrica hanno sottolineato l'importanza dei media per migliorare il grado di consapevolezza generale (15) sul problema dell'abuso nei confronti degli anziani, suggerendo come tale consapevolezza dovrebbe essere promossa anche attraverso workshop di comunità che coinvolgano il governo. In altri paesi in via di sviluppo con risorse limitate, le associazioni locali possono fornire l'edu-

Box 5.3 Il programma di una scuola canadese per prevenire l'abuso sugli anziani

Un'organizzazione non governativa, *Health Canada*, ha elaborato nell'ambito del problema degli abusi sugli anziani un progetto educativo diviso in due parti rivolto ai bambini e ai giovani. Il progetto ha l'obiettivo di migliorare la consapevolezza dei bambini e la loro sensibilità nei confronti della vecchiaia e di ciò che essa comporta, e di creare per i giovani opportunità di alimentare relazioni tra le diverse generazioni. In questo modo si auspica che bambini e giovani sviluppino un sentimento di rispetto più profondo per gli anziani e che siano meno portati, ora e in futuro, a trattarli in modo scorretto.

La prima parte del progetto consiste in un kit interattivo di narrazione rivolto a bambini di età compresa tra 3 e 7 anni, che comprende giochi e storie. Sebbene non tratti l'abuso sugli anziani in modo diretto, il kit offre immagini positive della vecchiaia. Si è dimostrato efficace anche con bambini di età superiore con scarse conoscenze della lingua inglese.

Il nucleo della seconda parte del progetto consiste in un percorso scolastico formale, elaborato dopo approfondite consultazioni con diverse figure professionali – tra cui insegnanti, operatori giovanili, leader religiosi, operatori sanitari, giovani, persone che lavorano con gli anziani e anziani in prima persona. Il programma – che si rivolge soprattutto agli adolescenti – ha l'obiettivo di modificare gli atteggiamenti sociali negativi profondamente radicati nei confronti degli anziani e del processo di invecchiamento, e di ridurre gli abusi nei confronti degli anziani.

Ancora in Canada, alcune scuole in Ontario hanno inserito nei propri programmi discussioni relative alla soluzione dei conflitti e gli insegnanti si sono resi conto che si possono facilmente collegare questi argomenti a un dibattito sull'abuso nei confronti degli anziani.

cazione di base insieme all'assistenza sanitaria. Fino a oggi sono stati valutati pochi programmi di intervento e non è pertanto possibile dire quale tipo di approccio si sia dimostrato migliore. I tentativi di valutare l'efficacia dei diversi progetti sono stati ostacolati dalla mancanza di definizioni comuni, da una varietà di spiegazioni teoriche, dallo scarso interesse da parte della comunità scientifica e dalla mancanza di finanziamenti adeguati per condurre studi rigorosi.

Un'indagine condotta sugli studi relativi all'abuso nei confronti degli anziani ha evidenziato come tra il 1989 e il 1998 fossero stati pubblicati 117 studi, in inglese, su questo argomento (G. Bolen, J. Ploeg e B. Hutchinson, dati non pubblicati, 1999). Nessuno di essi, tuttavia, comprendeva un gruppo di confronto o rispettava i criteri standard necessari a un serio studio di valutazione. Sulla base di questi risultati, gli autori dell'indagine affermavano che le prove a favore di qualsiasi intervento specifico erano insufficienti. Tra gli studi osservati, sei erano quelli che si avvicinavano maggiormente ai criteri necessari, ma contenevano anch'essi gravi debolezze metodologiche. In questi sei studi, la percentuale di casi risolti positivamente in seguito a un intervento specifico variava dal 22% al 75%.

Raccomandazioni

Anche se attualmente l'abuso nei confronti degli anziani da parte di membri della famiglia, di chi presta assistenza e altri è compreso meglio di quanto non succedesse venticinque anni fa, è necessario approfondire le conoscenze nel settore della politica, migliorare la pianificazione e la programmazione. Diversi aspetti del problema rimangono oscuri, ad esempio le cause e le conseguenze, nonché le sue reali dimensioni. La ricerca relativa all'efficacia degli interventi ha sinora prodotto pochissimi risultati utili o affidabili.

È probabile che la forma di abuso più insidiosa nei confronti degli anziani consista negli atteggiamenti negativi e negli stereotipi legati alle persone anziane e al processo di invecchiamento in quanto tale, atteggiamenti che si riflettono nella frequente glorificazione della giovinezza. Finché gli anziani verranno svalutati e relegati in un angolo dalla società, soffriranno per la perdita di identità e saranno facili bersagli di discriminazione e di qualsiasi forma di abuso.

Le priorità per ostacolare ed eliminare il problema comprendono:

- conoscenza più approfondita del problema;
- leggi e politiche più energiche;
- strategie di prevenzione più efficaci.

Conoscenza più approfondita

La conoscenza più approfondita del problema rappresenta una priorità assoluta in tutto il mondo. Nel 1990, il Consiglio d'Europa ha organizzato una conferenza di ampio respiro su questo problema: tale conferenza ha discusso di definizioni, statistiche, leggi e politiche, prevenzione e trattamento, così come delle fonti di informazioni disponibili sull'abuso nei confronti degli anziani (67). Dovrebbe essere istituito un gruppo di lavoro globale che si occupi di tutti questi argomenti. Tra gli altri impegni, tale organismo potrebbe raccogliere e standardizzare le statistiche globali e studiare le caratteristiche di un formulario unitario per la raccolta dei dati. Sarebbe necessario inoltre analizzare e chiarire in maniera più approfondita il ruolo preciso delle diverse culture in relazione all'abuso sugli anziani.

È necessario compiere ricerche che portino a interventi efficaci. Si dovrebbero condurre studi che stabiliscano il modo in cui gli anziani possono contribuire alla definizione e alla realizzazione di programmi di prevenzione, come sta già accadendo in Canada. Ciò potrebbe essere particolarmente importante nei paesi in via di sviluppo, realtà in cui il coinvolgimento

degli anziani nella creazione e nell'implementazione dei programmi può facilitare una maggiore consapevolezza dei loro diritti, affrontare il problema legato all'esclusione sociale e conferire loro maggiore autorità (3).

È necessario introdurre standard più rigorosi per la ricerca scientifica relativa al problema dell'abuso. In troppi casi la ricerca condotta nel passato ha utilizzato campioni limitati e impostazioni metodologiche deboli, producendo talvolta risultati contrastanti. Alcuni studi hanno mostrato come lo stato psichico del responsabile della violenza e l'abuso di sostanze costituiscono fattori di rischio, ma non hanno approfondito il modo in cui questi fattori contribuiscono all'abuso o all'incuria in alcuni casi piuttosto che in altri. È inoltre necessario studiare ulteriormente gli attuali dati contraddittori relativi alle menomazioni cognitive e fisiche degli anziani come fattori di rischio per l'abuso.

Cause dell'abuso

È necessario approfondire lo studio del ruolo dello stress di chi si occupa degli anziani, inizialmente considerato una causa primaria di abuso nei confronti di questo gruppo di popolazione. L'aumento della diffusione della malattia di Alzheimer in tutto il mondo e l'incremento dei comportamenti abusivi riscontrato nelle famiglie in cui una persona è affetta da tale malattia dovrebbero acuire l'attenzione per la relazione tra l'anziano e chi lo assiste. Se da un lato può risultare ovvio che l'isolamento sociale o la mancanza di sostegno possono contribuire all'abuso o all'incuria, le vittime di abuso in queste situazioni non desiderano solitamente partecipare a programmi che incoraggino l'interazione sociale, quali ad esempio centri per gli anziani o attività diurne. La ricerca relativa all'identità delle vittime e alla loro situazione potrebbe offrire soluzioni migliori.

Il ruolo del pregiudizio nei confronti dell'invecchiamento – discriminazione nei confronti degli anziani e loro stigmatizzazione – come possibile causa di abuso deve ancora essere analizzato, sebbene alcuni specialisti in questo campo abbiano suggerito come la marginalizzazione degli anziani rappresenti un fattore di rischio. Sarebbe probabilmente utile condurre studi trasversali per comprendere questo effetto. Indubbiamente, in alcuni paesi in via di sviluppo esistono fattori sociali e culturali direttamente collegati all'abuso, come la credenza alla stregoneria e l'abbandono delle vedove. È necessario esaminare anche altre pratiche, spesso considerate importanti fattori causali, poiché non è stata condotta alcuna ricerca per confermare tali affermazioni.

Altri fattori culturali e socioeconomici, quali povertà, modernizzazione e sistemi di successione, possono rappresentare cause indirette di abuso. L'utilizzo del modello ecologico per spiegare l'abuso sugli anziani rappresenta ancora una novità ed è necessario condurre ulteriori ricerche sui fattori che operano ai diversi livelli del modello.

Impatto dell'abuso

L'aspetto dell'abuso sugli anziani che ha forse ricevuto minore attenzione è l'impatto sulla persona anziana. Nei programmi di ricerca dovrebbero fare parte studi longitudinali che seguano per un lungo periodo di tempo gli individui vittime di abuso e quelli che non lo sono. In particolare, pochi studi si sono dedicati alle conseguenze psicologiche sulla vittima. A parte la depressione, non si sa molto dei danni psicologici causati alle vittime.

Valutazione degli interventi

Sono stati elaborati diversi tipi di interventi, tra cui l'obbligo di segnalazione, le unità di prote-

zione, i protocolli per i servizi sociali, i ricoveri d'emergenza, i gruppi di supporto e di autoaiuto, e i team di consulenza. Un numero decisamente limitato di questi studi, tuttavia, è stato analizzato utilizzando una struttura di ricerca sperimentale o quasi sperimentale ed è estremamente urgente condurre una ricerca valutativa di qualità. Sfortunatamente, il problema dell'abuso nei confronti degli anziani non ha attirato l'attenzione di un gran numero di ricercatori affermati, le cui capacità sono comunque estremamente necessarie. L'investimento di maggiori risorse negli studi relativi a questo argomento incoraggerebbe tale ricerca.

Leggi più severe

Diritti fondamentali

I diritti umani delle persone anziane dovrebbero essere garantiti in tutto il mondo. A tal fine:

- Le attuali leggi sulla violenza domestica o intrafamiliare dovrebbero essere ampliate per includere gli anziani come gruppo.
- Gli attuali codici penali e civili dovrebbero comprendere in modo esplicito leggi relative all'abuso, l'incuria e lo sfruttamento degli anziani.
- I governi dovrebbero introdurre nuove leggi per proteggere specificamente le persone anziane.

Tradizioni di tipo abusivo

Diverse tradizioni esistenti rappresentano un abuso nei confronti delle donne anziane, come ad esempio l'accusa di stregoneria e la pratica dell'abbandono delle vedove. Sradicare queste abitudini comporta un elevato livello di collaborazione tra molti gruppi, probabilmente per un periodo di tempo prolungato. Per facilitare questo processo:

- Sarebbe necessario creare gruppi di difesa, composti da anziani così come da giovani a livello locale, provinciale e nazionale che si impegnino per il cambiamento.
- I programmi di assistenza sanitaria e sociale del governo dovrebbero cercare di attenuare l'impatto negativo sugli anziani di molti processi di modernizzazione e i relativi cambiamenti della struttura familiare.
- I governi nazionali dovrebbero istituire un adeguato sistema di pensioni, in tutti i paesi in cui esso non esiste.

Strategie di prevenzione più efficaci

Innanzitutto si dovrebbe dare maggiore importanza alla prevenzione primaria, e questo presuppone una società in cui gli anziani possano vivere la propria vita con dignità, soddisfare i bisogni di base e avere reali opportunità di realizzazione personale. Per le società sopraffatte dalla povertà, la sfida è enorme.

La prevenzione inizia con la consapevolezza. Un modo importante per incrementarla – sia nel pubblico sia tra i professionisti coinvolti – riguarda l'educazione e la formazione. Chi si occupa di assistenza sanitaria e di servizi sociali a tutti i livelli, sia nella comunità che in contesti di ricovero, dovrebbe ricevere una formazione di base per l'individuazione dell'abuso sugli anziani. I media rappresentano il secondo strumento in grado di aumentare la consapevolezza del problema e delle sue possibili soluzioni, tra il pubblico generale così come tra le autorità.

I programmi domiciliari di prevenzione dell'abuso, in cui gli stessi anziani hanno un ruolo importante, comprendono:

- reclutare e formare persone anziane che visitino o facciano compagnia ad altri anziani che vivono isolati;
- creare gruppi di supporto per gli anziani vittime di abuso;

- elaborare programmi di comunità che stimolino l’interazione sociale e la partecipazione tra gli anziani;
- creare reti sociali di anziani nei villaggi, nei quartieri o nei condomini;
- collaborare con gli anziani per creare programmi di “autoaiuto” che permettano loro di essere produttivi.

Prevenire l’abuso sugli anziani aiutando i responsabili dell’abuso, soprattutto i figli adulti, a risolvere i loro problemi è un compito difficile. Misure che si possono rivelare utili comprendono:

- fornire servizi per il trattamento dei problemi di salute mentale e di abuso di sostanze;
- rendere disponibili posti di lavoro e istruzione;
- trovare nuove modalità di risoluzione dei conflitti, soprattutto nelle situazioni in cui è stato ridotto il ruolo tradizionale degli anziani per la soluzione dei conflitti.

Esiste ampio margine di intervento per prevenire gli abusi nei confronti degli anziani nei contesti di ricovero. Misure che si possono rivelare utili comprendono:

- elaborazione e implementazione di progetti di assistenza globali;
- percorsi di formazione per il personale;
- politiche e programmi che si occupino dello stress legato al lavoro tra il personale;
- elaborazione di politiche e programmi che migliorino l’ambiente fisico e sociale della struttura.

Conclusioni

Il problema dell’abuso nei confronti degli anziani non può essere risolto in modo adeguato se non vengono soddisfatti i bisogni essenziali di questo gruppo di popolazione – per quanto riguarda alimentazione, ricovero, sicurezza e accesso all’assistenza sanitaria. Le nazioni del mondo devono creare una società in cui l’invecchiamento sia accettato come fase naturale del ciclo della vita, in cui vengano scoraggiati i pregiudizi nei confronti dell’invecchiamento e alle persone anziane venga garantito il diritto di vivere con dignità – liberi da abuso e da sfruttamento – e vengano fornite opportunità di partecipare attivamente alle attività educative, culturali, spirituali ed economiche (3).

Bibliografia

1. Baker AA. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 1975, 5:20–24.
2. Burston GR. “Granny battering”. *British Medical Journal*, 1975, 3:592.
3. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world’s people*. London, HelpAge International, 1999.
4. Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3:1–20.
5. Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:17–37.
6. Maxwell EK, Maxwell RJ. Insults to the body civil: mistreatment of elderly in two Plains Indian tribes. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1992, 7:3–22.
7. What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (May–June).
8. Kosberg JI, Garcia JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:183–198.

9. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian American, and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*, 1993, 33:386–395.
10. Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. In: Tatara T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Philadelphia, PA, Francis & Taylor, 1999:119–139.
11. Gilliland N, Picado LE. Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2000, 12:73–87.
12. Owen M. *A world of widows*. London, Zed Books, 1996.
13. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. London, HelpAge International, 1999.
14. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6:9.
15. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Cape Town, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
16. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51–57.
17. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5–58.
18. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1–18.
19. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998–999.
20. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885–888.
21. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile 2000*. Ottawa, Health Canada, 2000.
22. Kane RL, Kane RA. *Long-term care in six countries: implications for the United States*. Washington, DC, United States Department of Health, Education and Welfare, 1976.
23. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5–30.
24. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
25. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
26. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
27. Gelles RJ. Through a sociological lens: social structure and family violence. In: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:31–46.
28. O’Leary KD. Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. In: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:7–30.
29. Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York, NY, Columbia University Press, 1989.
30. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
31. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
32. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: results from a case–control study. In: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:239–264.
33. Pavez GJ et al. Severe family violence and Alzheimer’s disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 1992, 32:493–497.
34. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41:276–283.

35. Aitken L, Griffin G. *Gender issues in elder abuse*. London, Sage, 1996.
36. Steinmetz SK. *Duty bound: elder abuse and family care*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988.
37. Eastman M. *Old age abuse: a new perspective*, 2nd ed. San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1994.
38. Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998, 38:471–480.
39. Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990, 30:206–211.
40. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
41. Pillemer KA, Suitor JJ. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 1992, 47:S165–S172.
42. O'Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
43. Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. In: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:197–217.
44. Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21:247–255.
45. Kwan AY. Elder abuse in Hong Kong: a new family problem for the east? In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:65–80.
46. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*, 1983, 8:379–382.
47. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
48. Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. In: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD, Health Professions Press, 1996:185–206.
49. Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. In: Ruskin PE, Talbott JA, eds. *Aging and post-traumatic stress disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1996:126–135.
50. Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:428–432.
51. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London, Macmillan, 1997.
52. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
53. Clough R. Scandalous care: interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. In: Glendenning F, Kingston P, eds. *Elder abuse and neglect in residential settings: different national backgrounds and similar responses*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1999:13–28.
54. Leroux TG, Petrunik M. The construction of elder abuse as a social problem: a Canadian perspective. *International Journal of Health Services*, 1990, 20:651–663.
55. Bennett G, Kingston P. *Elder abuse: concepts, theories and interventions*. London, Chapman & Hall, 1993.
56. Blumer H. Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 1971, 18:298–306.
57. Mehrotra A. *Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean: national report for Chile*. New York, United Nations Development Programme, 1999.
58. Eckley SCA, Vilakas PAC. Elder abuse in South Africa. In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:171–182.
59. *Hearing the despair: the reality of elder abuse*. London, Action on Elder Abuse, 1997.
60. Yamada Y. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:105–112.

61. Checkoway B. Empowering the elderly: gerontological health promotion in Latin America. *Ageing and Society*, 1994, 14:75–95.
62. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79–83.
63. Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:437–443.
64. Jones JS. Geriatric abuse and neglect. In: Bosker G et al., eds. *Geriatric emergency medicine*. St Louis, MO, CV Mosby, 1990:533–542.
65. *Elder mistreatment guidelines: detection, assessment and intervention*. New York, NY, Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project, 1988.
66. Wolf RS. Elder abuse: mandatory reporting revisited. In: Cebik LE, Graber GC, Marsh FH, eds. *Violence, neglect, and the elderly*. Greenwich, CT, JAI Press, 1996:155–170.
67. *Violence against elderly people*. Strasbourg, Council of Europe, Steering Committee on Social Policy, 1991.

6. La violenza sessuale

Background

La violenza sessuale è un problema che riguarda tutto il mondo. Sebbene nella maggior parte dei paesi siano state condotte poche ricerche al riguardo, i dati disponibili indicano che in alcuni stati quasi una donna su quattro può essere vittima di violenza sessuale da parte del partner (1-3), e quasi un terzo delle adolescenti dichiara che la prima esperienza sessuale è stata imposta (4-6).

La violenza sessuale ha un impatto profondo sulla salute fisica e mentale. Oltre a causare lesioni fisiche, è associata a un rischio più elevato per diversi problemi sessuali e di salute riproduttiva, con conseguenze immediate e a lungo termine (4, 7-16). Le conseguenze sulla salute mentale possono avere la stessa gravità di quelle fisiche ed essere altrettanto durature (17-24). I decessi che seguono la violenza sessuale possono essere dovuti a suicidio, infezione da HIV (25) o omicidio – quest'ultimo si può verificare durante l'aggressione o in seguito, sotto forma di omicidio "d'onore" (26). La violenza sessuale può inoltre condizionare profondamente il benessere sociale delle vittime; a seguito della violenza, esse possono essere stigmatizzate e messe al bando dalla famiglia e da altri (27, 28).

L'imposizione di un rapporto sessuale può essere fonte di gratificazione sessuale per il responsabile, sebbene l'obiettivo nascosto sia spesso la manifestazione di potere e di dominio su chi viene aggredito. Spesso, gli uomini che obbligano la moglie a un rapporto sessuale ritengono che le proprie azioni ricevano legittimità dal fatto di essere sposati.

Lo stupro di donne e uomini è spesso utilizzato come arma di guerra, come forma di aggressione nei confronti del nemico e simboleggia la conquista e l'umiliazione delle sue donne o dei combattenti catturati (29). È possibile che venga inoltre utilizzato per punire le donne quando trasgrediscono i codici sociali o morali, ad esempio quelli che proibiscono l'adulterio o il consumo di alcolici in pubblico. Le donne e gli uomini possono inoltre essere stuprati quando sono sotto la custodia della polizia o in carcere.

Sebbene la violenza sessuale possa essere diretta sia contro gli uomini che contro le donne, l'attenzione di questo capitolo si concentrerà sulle diverse forme di violenza sessuale nei confronti delle donne e su quelle subite dalle adolescenti e perpetrate da persone diverse da chi se ne occupa.

Come viene definita la violenza sessuale?

La violenza sessuale viene definita come:

qualsiasi atto sessuale, tentativo di compiere un atto sessuale, commenti o proposte sessuali non desiderati o azioni volte a commerciare, o comunque danneggiare, la sessualità di una persona ricorrendo alla forza, da parte di chiunque, a prescindere dalla sua relazione con la vittima, in qualsiasi contesto, compresi (ma non esclusivamente) casa e posto di lavoro.

La coercizione può ricorrere a un ampio spettro di manifestazioni di forza. Oltre alla forza fisica, può riguardare intimidazioni psicologiche, ricatti o altre minacce – ad esempio la minaccia di lesioni fisiche, di licenziamento o il rischio di non ottenere un lavoro desiderato.

Si può verificare inoltre quando la vittima non è in grado di manifestare il proprio consenso – ad esempio quando è ubriaca, drogata, addormentata o mentalmente incapace di comprendere la situazione.

La violenza sessuale include lo *stupro*, definito come penetrazione – anche se limitata – della vulva o dell'ano con il ricorso alla forza fisica o a un altro mezzo di coercizione, utilizzando il pene, altre parti del corpo o un oggetto. Il tentativo di compiere questo tipo di atto è conosciuto come *tentativo di stupro*. Lo stupro di una persona da parte di due o più individui è definito *stupro di gruppo*.

La violenza sessuale può comprendere altre forme di aggressione che coinvolgono un organo sessuale, compreso il contatto forzato tra la bocca e il pene, la vulva o l'ano.

Forme e contesti della violenza sessuale

Gli atti sessuali violenti si possono manifestare in svariate forme e in circostanze e contesti diversi. Essi includono, ad esempio:

- stupro all'interno del matrimonio o di una relazione sentimentale;
- stupro da parte di estranei;
- stupro sistematico durante un conflitto armato;
- proposte sessuali non desiderate o molestie sessuali, compresa la richiesta di sesso in cambio di favori;
- abuso sessuale di individui mentalmente o fisicamente disabili;
- abuso sessuale dei bambini;
- matrimonio o coabitazione imposti, compreso il matrimonio dei bambini;
- rifiuto di utilizzare metodi contraccettivi o altre misure di protezione nei confronti delle malattie a trasmissione sessuale;
- aborto forzato;
- atti di violenza contro l'integrità sessuale delle donne, tra cui la mutilazione genitale femminile e l'imposizione di ispezioni per il controllo della verginità;
- prostituzione imposta e traffico di persone per sfruttamento sessuale.

Non esiste una definizione universalmente accettata di traffico di persone per sfruttamento sessuale. Il termine comprende lo spostamento organizzato di persone, solitamente donne, tra diversi paesi e al loro interno per un lavoro di tipo sessuale. Tale traffico comprende anche l'imposizione di un atto sessuale a un migrante come condizione per permettere o organizzare il suo spostamento.

Il traffico sessuale utilizza la coercizione fisica, l'inganno e la schiavitù dovuta a un indebitamento imposto. Alle donne e ai bambini vittime di questo traffico, ad esempio, viene spesso promesso un lavoro in ambiente domestico o nell'industria dei servizi, mentre in realtà sono solitamente portati in bordelli dove vengono privati dei loro passaporti e di altri documenti di identificazione. È possibile che vengano percosi o rinchiusi e che venga loro promessa la libertà solo dopo aver guadagnato – attraverso la prostituzione – il denaro per riacquistarli, nonché quello per coprire i costi del loro viaggio e dei visti d'ingresso (30-33).

Le dimensioni del problema

Le fonti dei dati

I dati sulla violenza sessuale solitamente sono forniti da polizia, strutture sanitarie, organizzazioni non governative, studi e inchieste. Queste fonti permettono di vedere solo la punta dell'i-

ceberg che rappresenta il problema globale della violenza sessuale (34) (Figura 6.1). La punta visibile rappresenta i casi segnalati alla polizia. Un segmento più ampio può essere rivelato attraverso ricerche e l'opera delle organizzazioni non governative. Nonostante ciò, al di sotto della superficie rimane un'importante, anche se non quantificata, parte del problema.

In generale, la violenza sessuale è un ambito di ricerca trascurato. I dati disponibili sono scarsi e frammentari. I dati della polizia, ad esempio, sono spesso incompleti e limitati. Molte donne non denunciano la violenza alle autorità perché si vergognano, per paura di essere biasimate, di non essere credute o di essere comunque maltrattate. I dati delle strutture medicolegali, d'altra parte, rischiano di riportare soprattutto i casi più violenti di abuso sessuale. Anche la percentuale di donne che chiedono assistenza medica per problemi immediati legati a una violenza sessuale è relativamente limitata.

Sebbene negli ultimi dieci anni la valutazione del fenomeno attraverso indagini di ricerca sia decisamente migliorata, le definizioni utilizzate sono state molto diverse nei vari studi. Esistono inoltre differenze significative tra le culture per quanto riguarda il desiderio di rivelare la violenza sessuale ai ricercatori. È necessario utilizzare molta cautela, quindi, nel confrontare in modo globale la prevalenza della violenza sessuale.

Stime della violenza sessuale

In molte città e paesi sono state condotte indagini sulle vittime del crimine, utilizzando una metodologia comune per facilitare la comparabilità; tali indagini comprendevano solitamente domande sulla violenza sessuale. La Tabella 6.1 riassume i dati di alcune di queste indagini sulla prevalenza dell'aggressione sessuale nei cinque anni precedenti (35, 36). Secondo questi studi, la percentuale delle donne che dichiarano di essere state vittime di aggressione sessuale spazia da un numero inferiore al 2% in località quali La Paz, in Bolivia (1,4%), Gaborone, nel Botswana (0,8%), Beijing, in Cina (1,6%) e Manila, nelle Filippine (0,3%), fino a una percentuale uguale o superiore al 5% a Tirana, in Albania (6,0%), Buenos Aires, in Argentina (5,8%), Rio de Janeiro, in Brasile (8,0%) e Bogotá, in Colombia (5,0%). È importante notare come in questi studi non siano state fatte differenze tra stupro da parte di estranei e stupro da parte

Figura 6.1 **Dimensione del problema della violenza sessuale**



del partner. Le indagini che non fanno tale distinzione o quelle che si occupano esclusivamente dello stupro da parte di estranei solitamente sottostimano in modo determinante la prevalenza della violenza sessuale (34).

Oltre alle indagini sul crimine, sono state condotte alcune indagini, con campioni rappresentativi, in cui le donne sono state interrogate sulla violenza sessuale. In un'indagine nazionale condotta negli Stati Uniti, ad esempio, il 14,8% delle donne di età superiore a 17 anni ha dichiarato di aver subito uno stupro (un ulteriore 2,8% ha dichiarato di aver subito un tenta-

Tabella 6.1 Percentuale delle donne di età uguale o superiore a 16 anni che dichiarano di essere state vittime di un'aggressione sessuale nei 5 anni precedenti, città selezionate, 1992-1997

Paese	Popolazione	Anno	Dimensione del campione	Percentuale delle donne (età ≥ 16 anni) vittime di un'aggressione sessuale nei 5 anni precedenti (%)
Africa				
Botswana	Gaborone	1997	644	0,8
Egitto	Il Cairo	1992	1.000	3,1
Sudafrica	Johannesburg	1996	1.006	2,3
Tunisia	Grande Tunisi	1993	1.087	1,9
Uganda	Kampala	1996	1.197	4,5
Zimbabwe	Harare	1996	1.006	2,2
America latina				
Argentina	Buenos Aires	1996	1.000	5,8
Bolivia	La Paz	1996	999	1,4
Brasile	Rio de Janeiro	1996	1.000	8,0
Colombia	Bogotà	1997	1.000	5,0
Costarica	San Josè	1996	1.000	4,3
Paraguay	Asunción	1996	587	2,7
Asia				
Cina	Pechino	1994	2.000	1,6
Filippine	Manila	1996	1.005	0,3
India	Bombay	1996	1.002	1,9
Indonesia	Djakarta e Surabaya	1996	1.400	2,7
Europa orientale				
Albania	Tirana	1996	1.002	6,0
Lituania	Šiauliai, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Vilnius	1997	1.000	4,8
Mongolia	Ulan-Bator, Zuunmod	1996	1.201	3,1
Ungheria	Budapest	1996	756	2,0

Fonte: riferimenti bibliografici 35 e 36.

Tabella 6.2 Percentuale di donne adulte che dichiarano di essere state vittime di aggressioni sessuali da parte del partner, indagini su popolazioni selezionate, 1989-2000

Paese	Popolazione	Anno	Dimensione del campione	Percentuale delle donne aggredite negli ultimi 12 mesi	Percentuale delle donne aggredite	
				Rapporto sessuale imposto, riuscito o solo tentato (%)	Rapporto sessuale imposto, riuscito o solo tentato (%)	Rapporto sessuale imposto, riuscito (%)
Brasile ^(a)	San Paolo	2000	941 ^(a)	2,8	10,1	
	Pernambuco	2000	1.188 ^(a)	5,6	14,3	
Canada	Nazionale	1993	12.300		8,0	
	Toronto	1991-1992	420		15,3 ^(b)	
Cile	Santiago	1997	310	9,1		
Cisgiordania e Striscia di Gaza	Palestinesi	1995	2.410	27,0		
Finlandia	Nazionale	1997-1998	7.051	2,5	5,9	
Giappone ^(a)	Yokohama	2000	1.287 ^(a)	1,3	6,2	
Indonesia	Giava centrale	1999-2000	765	13,0		22,0
Messico	Durango	1996	384		42,0	
	Guadalajara	1996	650	15,0	23,0	
Nicaragua	León	1993	360		21,7	
	Managua	1997	378	17,7		
Perù ^(a)	Lima	2000	1.086 ^(a)	7,1	22,5	
	Cuzco	2000	1.534 ^(a)	22,9	46,7	
Porto Rico	Nazionale	1993-1996	7.079			5,7 ^(b)
Regno Unito	Inghilterra, Scozia e Galles	1989	1.007			14,2 ^(d)
	North London, Inghilterra	1993	430	6,0 ^(b)	23,0 ^(b)	
Stati Uniti	Nazionale	1995-1996	8.000	0,2 ^(b)	7,7 ^(b)	
Svezia	Teg, Umeå	1991	251		7,5 ^(c)	
Svizzera	Nazionale	1994-1995	1.500		11,6	
Thailandia ^(a)	Bangkok	2000	1.051 ^(a)	17,1	29,9	
	Nakhon Sawan	2000	1.027 ^(a)	15,6	28,9	
Turchia	Anatolia orientale e sud-orientale	1998	599			51,9 ^(b)
Zimbabwe	Provincia delle Midlands	1996	966		25,0	

Fonte: riferimenti bibliografici 1-3, 37, 42-53.

a. Risultati preliminari del *WHO multi-country study on woman's health and domestic violence*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2000 (non pubblicato). Le dimensioni del campione riportate sono il denominatore per il tasso di prevalenza e non le dimensioni totali del campione di studio.

b. Il gruppo campione comprendeva donne che non avevano mai avuto una relazione e che quindi non correvano il rischio di essere aggredite da un partner.

c. Gli aggressori erano mariti, fidanzati e conoscenti.

d. Stima ponderata; il tasso di prevalenza non ponderato era del 13,9%.

tivo di stupro) e lo 0,3% del campione ha dichiarato di essere stata stuprata nell'anno precedente (37). Una ricerca condotta su un campione rappresentativo di donne di età compresa tra 18 e 49 anni in tre province del Sudafrica ha evidenziato come nell'anno precedente il 3% delle donne fosse stato obbligato, fisicamente o con minacce verbali, ad avere un rapporto sessuale non consensuale (34). In uno studio condotto nella Repubblica Ceca su un campione rappresentativo della popolazione generale di età superiore a 15 anni (38), l'11,6% delle donne ha dichiarato di essere stato vittima di un contatto sessuale imposto, e il 3,4% ha riferito che ciò si è verificato più di una volta. La forma di contatto più comune era un rapporto vaginale forzato.

Violenza sessuale da parte del partner

In molti paesi, una percentuale importante delle donne vittime di violenza fisica subisce anche abusi sessuali. In Messico e negli Stati Uniti alcuni studi ipotizzano che il 40-52% delle donne vittime di violenza fisica da parte del partner abbia subito anche violenze sessuali da parte dello stesso partner (39, 40). Talvolta la violenza sessuale non comporta il ricorso alla violenza fisica (1). Nello stato indiano di Uttar Pradesh, in un campione rappresentativo di più di 6000 uomini, il 7% ha dichiarato di aver abusato della propria moglie dal punto di vista sessuale e fisico, il 22% ha ammesso la violenza sessuale senza violenza fisica e il 17% ha dichiarato di aver fatto ricorso alla sola violenza fisica (41).

La Tabella 6.2 riassume alcuni dei dati disponibili sulla diffusione della coercizione sessuale da parte del partner (1-3, 37, 42-53). I risultati di questi studi mostrano come l'aggressione sessuale da parte del partner non sia un fenomeno raro né unico in alcuna regione del mondo. Il 22% delle donne di North London, in Inghilterra, ad esempio, ha dichiarato di essere stata vittima di uno stupro o di un tentativo di stupro da parte di un partner nel corso della propria vita. Dati simili sono stati osservati a Guadalajara, in Messico (23,0%), León, in Nicaragua (21,7%), Lima, in Perù (22,5%) e nella provincia delle Midlands, nello Zimbabwe (25,0%). La prevalenza delle donne vittime di aggressione sessuale da parte di un partner nel corso della propria vita (compresi i tentativi di stupro) è stata inoltre valutata in alcune indagini nazionali [ad esempio, Canada 8,0%, Inghilterra, Galles e Scozia (insieme) 14,2%, Finlandia 5,9%, Svizzera 11,6% e Stati Uniti 7,7%].

Iniziazione sessuale imposta

Un numero sempre più elevato di studi, soprattutto nell'Africa subsahariana, indica come la prima esperienza sessuale delle adolescenti sia spesso indesiderata o forzata. In uno studio di caso-controllo, ad esempio, condotto su 191 adolescenti (età media 16,3 anni) presso un ambulatorio di assistenza prenatale a Città del Capo, Sudafrica, e su 353 adolescenti non gravide simili per età e ambiente o scuola, il 31,9% dei casi e il 18,1% dei controlli aveva dichiarato che nella loro iniziazione sessuale era stata usata la forza. In risposta a domande sulle conseguenze di un possibile rifiuto, il 77,9% dei casi e il 72,1% dei controlli aveva dichiarato di aver avuto paura di percosse in caso di rifiuto del rapporto sessuale (4).

Un'iniziazione sessuale forzata e coercizione nel corso dell'adolescenza sono stati segnalati in molti studi condotti su giovani donne e uomini (Tabella 6.3 e Box 6.1). Negli studi che hanno considerato sia gli uomini sia le donne, la prevalenza della segnalazione di stupro o di coercizione sessuale è stata più elevata tra le donne rispetto agli uomini (5, 6, 54-60). Quasi la metà delle adolescenti sessualmente attive coinvolte in uno studio nei Carabi, ad esempio, ha dichiarato che il primo rapporto sessuale era stato imposto, rispetto a un terzo degli adolescenti di sesso maschile (60). A Lima, in Perù, la percentuale di giovani donne che dichiarava un'i-

Tabella 6.3 **Percentuale degli adolescenti che dichiarano di aver subito un'iniziazione sessuale imposta, indagini su popolazioni selezionate, 1993-1999**

Paese o area	Popolazione	Anno	Campione		Percentuale di casi in cui il primo rapporto sessuale è stato imposto (%)	
			Dimensione ^(a)	Gruppo di età (anni)	Femmine	Maschi
Camerun	Bamenda	1995	646	12-25	37,3	29,9
Caraiibi	Nove paesi ^(b)	1997-1998	15.695	10-18	47,6 ^(c)	31,9 ^(c)
Ghana	Tre città urbane	1996	750	12-24	21,0	5,0
Mozambico	Maputo	1999	1.659	13-18	18,8	6,7
Nuova Zelanda	Dunedin	1993-1994	935	Coorte di nascita ^(d)	7,0	0,2
Perù	Lima	1995	611	16-17	40,0	11,0
Repubblica Unita di Tanzania	Mwanza	1996	892	12-19	29,1	6,9
Stati Uniti	Nazionale	1995	2.042	15-24	9,1	–
Sudafrica	Transkei	1994-1995	1.975	15-18	28,4	6,4

Fonte: riferimenti bibliografici 5, 6 e 54-60.

a. Numero totale degli adolescenti dello studio. I tassi si basano su coloro che hanno avuto rapporti sessuali.

b. Antigua, Bahamas, Barbados, Isole Vergini Britanniche, Dominica, Grenada, Guyana, Giamaica e Santa Lucia.

c. Percentuale degli adolescenti che hanno dichiarato che il loro primo rapporto sessuale è stato assolutamente o "in qualche modo" imposto.

d. Studio longitudinale di una coorte nata nel 1972-1973. I soggetti sono stati intervistati a 18 anni e poi ancora a 21 anni in merito al loro comportamento sessuale attuale e precedente.

niziazione sessuale forzata era almeno quattro volte superiore a quella riferita dagli adolescenti maschi (rispettivamente, 40% contro 11%) (56).

Stupro di gruppo

Lo stupro che coinvolge almeno due o più responsabili è ampiamente segnalato in diverse parti del mondo. Sono rare, comunque, le informazioni sistematiche sulle dimensioni del problema. Studi di controllo condotti a Johannesburg, in Sudafrica, su donne che si sono rivolte a strutture medico-legali in seguito a uno stupro, hanno evidenziato come un terzo dei casi riguardasse stupri di gruppo (61). I dati nazionali sullo stupro e le aggressioni sessuali negli Stati Uniti rivelano come un'aggressione sessuale su dieci coinvolga più di un responsabile. La maggior parte di queste aggressioni è commessa da persone sconosciute alle vittime (62). Tuttavia questa modalità differisce da quella del Sudafrica, in cui i fidanzati sono spesso coinvolti nello stupro di gruppo.

Traffico sessuale

Ogni anno centinaia di migliaia di donne e adolescenti in tutto il mondo vengono comprate e vendute nell'ambito della prostituzione o della schiavitù sessuale (30-32, 63, 64). Ricerche condotte in Kirghizistan hanno stimato che nel 1999 in questo paese sono state vendute circa 4000 persone e portate in Cina, Germania, Kazakistan, Federazione Russa, Turchia ed Emirati

Box 6.1 La violenza sessuale contro gli uomini e i ragazzi

La violenza sessuale contro gli uomini e i ragazzi costituisce un grave problema. Se si esclude l'abuso sessuale nei confronti dell'infanzia, tuttavia, si tratta di un problema ampiamente trascurato dalla ricerca. Lo stupro e altre forme di coercizione sessuale nei confronti di uomini e ragazzi sono presenti in diversi contesti: in casa, sul luogo di lavoro, a scuola, nelle strade, nell'esercito e durante la guerra, così come in carcere e nelle situazioni di custodia da parte della polizia.

In carcere, le pratiche sessuali imposte possono rappresentare per i detenuti una modalità per stabilire gerarchie di rispetto e disciplina. In molti paesi vengono segnalati numerosi casi di violenza sessuale da parte dei funzionari del carcere, della polizia e dei militari. È possibile che i detenuti vengano obbligati ad avere rapporti sessuali con altri come forma di "intrattenimento", o per fornire prestazioni sessuali agli ufficiali e ai funzionari del carcere. In altri casi gli uomini che hanno relazioni sessuali con altri uomini possono essere "puniti", attraverso lo stupro, per un comportamento percepito come trasgressione delle norme sociali.

Le dimensioni del problema

Studi condotti soprattutto nei paesi industrializzati indicano che il 5-10% degli uomini riferisce una storia di abuso sessuale nell'infanzia. In alcuni studi di popolazione condotti su adolescenti nei paesi in via di sviluppo, la percentuale degli uomini che riferiscono di essere stati vittima di un'aggressione sessuale varia dal 3,6% in Namibia al 13,4% nella Repubblica Unita di Tanzania, fino al 20% in Perù. Studi condotti sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo rivelano inoltre come non sia raro un primo rapporto sessuale imposto. Sfortunatamente esistono poche statistiche affidabili sul numero di ragazzi e di uomini vittime di stupro in contesti quali scuole, carceri e campi profughi.

La maggior parte gli esperti ritiene che le statistiche ufficiali sottostimino gravemente il numero dei maschi vittime di stupro. Le evidenze disponibili suggeriscono come sia ancora meno probabile, rispetto alle vittime di sesso femminile, che i maschi denunciino un'aggressione alle autorità. Le ragioni sono molte e comprendono vergogna, senso di colpa e paura di non essere creduti o di essere denunciati per quanto è accaduto. I miti e i forti pregiudizi che circondano la sessualità maschile impediscono inoltre agli uomini di farsi avanti.

Conseguenze della violenza sessuale

La ricerca suggerisce che i maschi vittime di una violenza sessuale, così come accade alle donne, sono esposti al rischio di un'ampia gamma di conseguenze psicologiche, sia nel periodo immediatamente successivo all'aggressione sia a lungo termine. Tra queste conseguenze vi sono sensi di colpa, rabbia, ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico, disfunzioni sessuali, disturbi somatici, disturbi del sonno, allontanamento dalle relazioni e tentativi di suicidio. Oltre a queste reazioni, studi condotti su adolescenti di sesso maschile hanno inoltre evidenziato un'associazione tra lo stupro e l'abuso di sostanze, comportamenti violenti, furto e assenteismo da scuola.

Prevenzione e risposte politiche

È necessario che la prevenzione e le risposte politiche alla violenza sessuale contro gli uomini si basino sulla comprensione del problema, delle sue cause e delle circostanze in cui esso si verifica. In diversi paesi il fenomeno non è affrontato in modo adeguato dal punto di vista legislativo. Lo stupro maschile, inoltre, spesso non è trattato come un reato analogo allo stupro femminile. Molte delle considerazioni relative al sostegno da offrire alle donne vittime di stupro – tra cui la comprensione del processo di guarigione, le necessità più urgenti dopo l'aggressione e l'efficacia dei servizi di sostegno – sono valide anche per gli uomini. Alcuni paesi hanno migliorato la propria risposta all'aggressione sessuale maschile, offrendo linee telefoniche speciali, counselling, gruppi di sostegno e altri servizi per le vittime di sesso maschile. In molte situazioni, tuttavia, tali servizi non sono disponibili o sono estremamente limitati – ad esempio si concentrano soprattutto sulle donne e dispongono di pochi consulenti, se esistono, che abbiano un'esperienza specifica per affrontare i problemi con le vittime di sesso maschile.

Nella maggior parte dei paesi è necessario impegnarsi in modo più approfondito per far conoscere il problema della violenza sessuale sugli uomini e sui ragazzi e discuterne, senza vergogna e senza negare il problema. Tale necessaria elaborazione, tuttavia, permetterà di realizzare misure di prevenzione più globali e un sostegno migliore per le vittime.

Arabi Uniti. Tra queste vittime, il 62% ha dichiarato di essere stata obbligata a prostituirsi senza essere pagata, mentre una percentuale superiore al 50% ha dichiarato di aver subito abusi fisici o tortura da parte degli sfruttatori (31). Un'inchiesta dell'Organizzazione mondiale contro la tortura (OMCT) ha indicato come più di 200.000 donne del Bangladesh siano state vittime del traffico sessuale tra il 1990 e il 1997 (65). Circa 5000-7000 donne e ragazze nepalesi vengono condotte illegalmente in India ogni anno ed è stato segnalato anche un traffico di donne thailandesi verso il Giappone (32). Il traffico di donne è presente, inoltre, all'interno di alcuni paesi, spesso da aree rurali verso le città.

Anche l'America del Nord è un'importante destinazione del traffico internazionale. Uno studio condotto sotto l'egida della CIA (Central Intelligence Agency) degli Stati Uniti ha ipotizzato che circa 45-50.000 donne e bambini ogni anno sono vittime del traffico sessuale verso gli Stati Uniti (63). Il Dipartimento della giustizia americano ha giudicato tra il 1996 e il 1999 più di 150 casi di traffico sessuale (63). Il problema esiste anche in Europa. Uno studio condotto dall'Organizzazione internazionale per la migrazione ha ipotizzato che il 10-15% delle 2000 prostitute straniere presenti in Belgio sia stato venduto con la forza dall'estero (30). In Italia, uno studio condotto su circa 19.000-25.000 prostitute straniere ha osservato come 2000 di queste fossero state vittime di traffico sessuale (66). La maggior parte di queste donne aveva un'età inferiore a 25 anni, molte un'età compresa tra 15 e 18 anni (30, 66). Provenivano soprattutto dall'Europa centrale e orientale, principalmente dall'Albania, nonché da Colombia, Nigeria e Perù (66).

Violenza sessuale nei confronti delle prostitute

Chi si prostituisce, anche quando è vittima di traffico sessuale, è esposto a un rischio elevato di violenze fisiche e sessuali, soprattutto nelle realtà in cui la prostituzione è illegale (67). Un'indagine condotta sulla prostituzione a Leeds, in Inghilterra, e a Glasgow ed Edimburgo, in Scozia, ha rivelato che il 30% delle prostitute è stato schiaffeggiato, picchiato o preso a calci da un cliente, il 13% percosso, l'11% stuprato e il 22% vittima di un tentativo di stupro (68). Solo il 34% delle prostitute vittime di violenza da parte del cliente ne aveva fatto denuncia alla polizia. Un'inchiesta condotta sulla prostituzione in Bangladesh ha rivelato che il 49% delle donne è stato stuprato e il 59% picchiato dalla polizia nell'anno precedente; gli uomini dichiaravano percentuali di violenza decisamente inferiori (69). Anche uno studio sulla prostituzione condotto in Etiopia ha riscontrato percentuali elevate di violenze fisiche e sessuali da parte dei clienti, soprattutto nei confronti dei bambini che si prostituiscono (70).

La violenza sessuale nelle scuole, nelle strutture sanitarie, durante i conflitti armati e nei confronti dei profughi

Scuole

Per molte giovani donne, il luogo in cui l'aggressione e le molestie sessuali si verificano è la scuola. In un gravissimo episodio di violenza accaduto nel 1991, 71 adolescenti erano state

stuprate dai propri compagni, e altre 19 uccise in un collegio a Meru, in Kenya (71). Poiché molte ricerche sono state condotte in Africa, non si capisce se ciò riflette un'elevata prevalenza del problema o semplicemente il fatto che in questa realtà il problema ha una visibilità maggiore rispetto a quanto accade in altre parti del mondo.

Le molestie sessuali da parte dei ragazzi nei confronti delle proprie coetanee rappresentano molto probabilmente un problema globale. In Canada, ad esempio, il 23% delle adolescenti ha subito molestie sessuali durante la carriera scolastica (72). Le ricerche condotte in Africa, tuttavia, hanno evidenziato il ruolo degli insegnanti nel favorire o nel perpetrare la violenza. Un'inchiesta di *Africa Rights* (28) ha osservato casi di insegnanti che cercavano di ottenere prestazioni sessuali in cambio di voti elevati o per evitare bocciature nella Repubblica Democratica del Congo, in Ghana, Nigeria, Somalia, Sudafrica, Sudan, Zambia e Zimbabwe. Una recente indagine nazionale condotta in Sudafrica, che comprendeva domande relative a esperienze di stupro in età inferiore a 15 anni, ha riscontrato che gli insegnanti erano responsabili del 32% degli stupri denunciati (34). Nello Zimbabwe uno studio retrospettivo sulle denunce di casi di abuso sessuale sui bambini per un periodo di 8 anni (1990-1997) ha evidenziato un'elevata percentuale di abusi sessuali perpetrati dagli insegnanti nelle scuole elementari di campagna. Molte vittime erano ragazzine di età compresa tra 11 e 13 anni e la penetrazione era il tipo di abuso sessuale più diffuso.

Strutture sanitarie

La violenza sessuale nei confronti dei pazienti all'interno delle strutture sanitarie rappresenta un fenomeno diffuso in diverse realtà (74-79). Uno studio condotto su medici responsabili di reati di tipo sessuale negli Stati Uniti, ad esempio, ha osservato che il numero di casi è aumentato da 42 nel 1989 a 157 nel 1996 e la percentuale di tutte le azioni disciplinari legate al sesso è passata da 2,1% a 4,4% nello stesso periodo (76). Questo aumento, tuttavia, potrebbe riflettere una maggiore volontà nello sporgere denuncia.

Altre forme documentate di violenza contro pazienti di sesso femminile riguardano il coinvolgimento del personale medico nella pratica della clitoridectomia in Egitto (80), indagini ginecologiche imposte e minaccia di aborto forzato in Cina (81), nonché ispezioni per il controllo della verginità in Turchia (82). La violenza sessuale fa parte del più ampio problema della violenza contro le pazienti perpetrata dal personale sanitario; tale problema è presente in diversi paesi e finora è stato decisamente trascurato (83-87). Sono state riferite anche molestie sessuali da parte dei medici nei confronti delle infermiere (88, 89).

Conflitti armati e campi profughi

Lo stupro è stato utilizzato come strategia in molti conflitti, ad esempio in Corea durante la seconda guerra mondiale e in Bangladesh durante la guerra di indipendenza, così come in un gran numero di conflitti armati, quali quelli in Algeria (90), India (Kashmir) (91), Indonesia (92), Liberia (29), Ruanda e Uganda (93). In alcuni di questi conflitti – ad esempio in Ruanda e nei paesi dell'ex Jugoslavia – lo stupro è stato utilizzato come strategia premeditata per stravolgere i legami di comunità e quindi l'individuazione del nemico, nonché come strumento di "pulizia etnica". A Timor Est vi sono state segnalazioni di diffuse violenze sessuali contro le donne da parte dell'esercito indonesiano (94).

Uno studio condotto a Monrovia, in Liberia, ha evidenziato che le donne di età inferiore a 25 anni avevano maggiori probabilità di subire tentativi di stupro e violenze durante il conflitto rispetto alle donne di età superiore a 25 anni (18% rispetto a 4%) (29). Le donne

costrette a cucinare per una delle fazioni in guerra presentavano un rischio decisamente più elevato.

Un'altra conseguenza inevitabile dei conflitti armati è il disordine economico e sociale che può spingere un numero elevato di persone verso la prostituzione (94); si tratta di un'osservazione che si può applicare anche ai profughi, in fuga dai conflitti armati o da disastri naturali quali alluvioni, terremoti o tempeste violente.

Chi fugge dai conflitti o da altre minacce è spesso esposto a un elevato rischio di stupro nel nuovo contesto. Dati raccolti dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, ad esempio, indicano che tra i "boat people" fuggiti dal Vietnam alla fine degli anni settanta e all'inizio degli anni ottanta, il 39% delle donne è stato rapito o stuprato dai pirati durante il viaggio per mare – percentuale probabilmente sottostimata (27). In diversi campi profughi, inoltre, tra cui quelli in Kenya e nella Repubblica Unita di Tanzania si è scoperto che lo stupro rappresenta uno dei problemi più gravi (95, 96).

Forme "consuetudinarie" di violenza sessuale

Matrimonio dei bambini

Il matrimonio è spesso utilizzato per legittimare diverse forme di violenza sessuale nei confronti delle donne. L'usanza di far sposare bambini piccoli, soprattutto femmine, si ritrova in diverse parti del mondo. Questa pratica – legale in molti paesi – costituisce una forma di violenza sessuale, poiché i bambini coinvolti non sono in grado di dare o ritirare il proprio consenso. La maggioranza di essi sa poco o niente del sesso quando si sposa. Frequentemente quindi ne hanno paura (97) e i primi rapporti sessuali sono spesso imposti (98).

I matrimoni precoci sono estremamente diffusi in Africa e nell'Asia meridionale, ma sono presenti anche in Medio Oriente e in zone dell'America latina e dell'Europa orientale (99, 100). In Etiopia e in aree dell'Africa occidentale, ad esempio, il matrimonio all'età di 7 o 8 anni non è raro. In Nigeria, l'età media per il primo matrimonio è di 17 anni, ma nello stato di Kebbi nel nord del paese l'età media del primo matrimonio è poco superiore a 11 anni (100). Elevate percentuali di matrimonio infantile sono segnalate anche nella Repubblica Democratica del Congo, in Mali, Nigeria e Uganda (99, 100).

Nell'Asia meridionale il matrimonio dei bambini è molto comune soprattutto nelle aree rurali, ma è presente anche nelle zone urbane (100-102). In Nepal l'età media per il primo matrimonio è di 19 anni. Il 7% delle ragazze, tuttavia, si sposa prima di raggiungere i 10 anni e il 40% entro i 15 anni di età (100). In India, l'età media del primo matrimonio per le donne è di 16,4 anni. Un'indagine condotta su 5000 donne nello stato del Rajasthan ha evidenziato come il 56% delle donne si fosse sposato prima di raggiungere i 15 anni: di queste, il 17% si era sposato prima dei 10 anni. Un'altra indagine, condotta nello stato di Madhya Pradesh, ha osservato che il 14% delle ragazze si era sposato tra i 10 e i 14 anni (100).

In altre zone, ad esempio in America latina, sono stati segnalati matrimoni in giovanissima età a Cuba, in Guatemala, Honduras, Messico e Paraguay (99, 100). In America settentrionale e in Europa occidentale una percentuale inferiore al 5% dei matrimoni riguarda ragazze di età inferiore a 19 anni (ad esempio, 1% in Canada, Svizzera e nel Regno Unito, 2% in Belgio e Germania, 3% in Spagna e 4% negli Stati Uniti) (103).

Altre usanze che conducono alla violenza

In molti paesi vi sono usanze, oltre al matrimonio dei bambini, che generano violenza sessuale nei confronti delle donne. Nello Zimbabwe, ad esempio, esiste la pratica del *ngozi*, in cui una

ragazza può essere ceduta a una famiglia come risarcimento per l'uccisione di un uomo da parte di un membro della famiglia della ragazza. Con il sopraggiungere della pubertà la ragazza è obbligata ad avere rapporti sessuali con il fratello o il padre della persona uccisa, per procreare un figlio che sostituisca l'individuo morto. Un'altra usanza è la *chimutsa mapfiwa* – moglie come eredità – secondo la quale alla morte di una donna sposata la sorella è obbligata a sostituirla.

Quali sono i fattori di rischio per la violenza sessuale?

Spiegare la violenza sessuale contro le donne è difficile, a causa delle molteplici forme che tale violenza può assumere e dai contesti in cui si verifica. Esiste una sovrapposizione notevole tra alcune forme di violenza sessuale e la violenza da parte del partner: diverse cause sono simili a quelle già discusse nel Capitolo 4 (Parte prima, p. 121). Esistono fattori che incrementano il rischio di dover sottostare forzatamente a una prestazione sessuale, fattori che aumentano il rischio di imporre rapporti sessuali a un'altra persona e fattori intrinseci dell'ambiente sociale – compresi pari e famiglia – che influenzano la probabilità di stupro e la reazione a esso. La ricerca indica come i diversi fattori abbiano un effetto di accumulo, così che maggiore è il numero dei fattori presenti, maggiore la probabilità di violenza sessuale. Inoltre, un fattore specifico può avere un peso diverso in base al particolare momento della vita.

Fattori che aumentano la vulnerabilità delle donne

Una delle forme di violenza sessuale più comuni in tutto il mondo è quella perpetrata dal partner, fatto che porta ad affermare che uno dei fattori di rischio più importanti per le donne – in termini di vulnerabilità nei confronti di un'aggressione sessuale – è rappresentato dal fatto di essere sposate o di abitare con un partner. Altri fattori che condizionano il rischio di violenza sessuale comprendono:

- giovane età;
- consumo di alcool o droghe;
- precedente esperienza di stupro o abuso sessuale;
- avere molti partner sessuali;
- coinvolgimento nella prostituzione;
- miglioramento del livello di istruzione e aumento del potere economico, quantomeno per quanto riguarda la violenza perpetrata dal partner;
- povertà.

Età

Si ritiene solitamente che le donne giovani corrano il rischio di essere vittime di stupro in percentuale superiore rispetto alle donne più anziane (24, 62, 104). In base ai dati forniti dai sistemi giudiziari e dai centri di crisi per lo stupro di Cile, Malesia, Messico, Papua Nuova Guinea, Perù e Stati Uniti, un numero compreso tra un terzo e due terzi di tutte le vittime di aggressione sessuale ha un'età uguale o minore di 15 anni (62, 104). Alcune forme di violenza sessuale, ad esempio, sono strettamente collegate alla giovane età, soprattutto la violenza che si verifica all'interno di scuole e istituti superiori, e il traffico delle donne per lo sfruttamento sessuale.

Consumo di alcool e droghe

Una maggiore vulnerabilità alla violenza sessuale nasce dall'uso di alcool e droghe. Il consumo di queste due sostanze fa sì che le donne abbiano maggiori difficoltà nel difendersi interpretando

correttamente i segnali di allarme e agendo in modo efficace. Il bere può inoltre portare le donne in contesti in cui sono maggiori le possibilità di incontrare un possibile aggressore (105).

Precedente esperienza di stupro o abuso sessuale

Esistono alcune evidenze che legano esperienze di abuso sessuale nell'infanzia o nell'adolescenza al rischio di vittimizzazione nell'età adulta (24, 37, 105-108). Uno studio nazionale sulla violenza contro le donne condotto negli Stati Uniti ha riscontrato che le donne stuprate prima dei 18 anni avevano una probabilità doppia di subire uno stupro da adulte rispetto alle donne che non avevano subito uno stupro durante l'infanzia e l'adolescenza (rispettivamente, 18,3% e 8,7%) (37). Gli effetti di un abuso sessuale in giovane età si possono estendere anche ad altre forme di vittimizzazione e a problemi nell'età adulta. Uno studio caso-controllo condotto in Australia sull'impatto a lungo termine dell'abuso, ad esempio, ha osservato rilevanti associazioni tra abuso sessuale nell'infanzia e stupro, problemi sessuali e mentali, violenza domestica e altri problemi nelle relazioni sentimentali – persino dopo avere considerato diverse caratteristiche di fondo della famiglia (108). Le vittime di un abuso che aveva comportato un rapporto sessuale presentavano conseguenze più negative di chi aveva subito altri tipi di coercizione.

Avere molti partner sessuali

Le donne giovani con molti partner sessuali sono maggiormente esposte al rischio di subire una violenza sessuale (105, 107, 109). Non è chiaro, tuttavia, se il fatto di avere più partner sessuali sia una causa o una conseguenza di un abuso, magari subito nell'infanzia. I risultati ottenuti da un campione rappresentativo di uomini e donne di León, in Nicaragua, ad esempio, hanno evidenziato che le donne che avevano subito un tentativo di stupro o uno stupro durante l'infanzia o l'adolescenza avevano maggiori probabilità di avere un numero di partner sessuali più elevato nell'età adulta, rispetto a chi non era stata vittima di abuso, o lo aveva subito in modo leggero (110). Risultati simili sono stati segnalati in studi longitudinali su giovani donne condotti in Nuova Zelanda e in Norvegia (107, 109).

Livello di istruzione

Le donne corrono un rischio maggiore di violenza sessuale, nonché di violenza fisica da parte del partner, quando raggiungono un livello di istruzione più elevato, e hanno quindi maggiore potere. In uno studio nazionale condotto in Sudafrica è stato osservato che le donne prive di istruzione avevano minori probabilità di essere vittime di violenza sessuale rispetto alle donne con un livello di istruzione più elevato (34). Nello Zimbabwe, vi erano maggiori probabilità che le donne con un lavoro dichiarassero di essere obbligate dal partner ad avere rapporti sessuali rispetto alle donne che non lavoravano (42). La spiegazione più probabile è che un livello di potere più elevato determini, da parte delle donne, una maggiore resistenza nei confronti delle norme patriarcali (111), spingendo così gli uomini a ricorrere alla violenza nel tentativo di riconquistare il controllo. La relazione tra acquisizione di potere e violenza fisica viene rappresentata da una U capovolta – a maggiore potere corrisponde maggiore rischio fino a un dato livello, oltre il quale il potere diventa un fattore di protezione (105, 112). Non è chiaro, comunque, se questo modello sia applicabile anche alla violenza sessuale.

Povertà

È probabile che le donne e le ragazze povere, rispetto a quelle più abbienti, abbiano un rischio superiore di essere vittime di stupro nello svolgimento delle attività quotidiane, ad esempio

quando tornano a casa dal lavoro a notte inoltrata o quando lavorano nei campi o sono nei campi a raccogliere la legna. È possibile che i figli delle donne povere siano meno controllati da parte degli adulti quando non sono a scuola, poiché è possibile che le madri siano al lavoro e non possano permettersi di pagare qualcuno che se ne prenda cura. Gli stessi bambini, inoltre, potrebbero essere a lavorare e quindi esposti a sfruttamento sessuale.

La povertà spinge molte donne e ragazze verso occupazioni che comportano un rischio relativamente maggiore di violenza sessuale (113), soprattutto la prostituzione (114). La povertà inoltre carica queste persone di enormi responsabilità per la ricerca e il mantenimento del lavoro, per le attività commerciali e, se si tratta di studenti, per ottenere voti elevati: tutti questi obiettivi rendono queste donne vulnerabili alla coercizione sessuale da parte di chi può promettere loro di raggiungerli (28). Le donne più povere corrono anche il rischio di subire violenza da parte del partner, e la violenza sessuale ne è spesso una manifestazione (41, 115).

Fattori che aumentano il rischio per gli uomini di commettere uno stupro

I dati sugli uomini sessualmente violenti sono piuttosto limitati e riguardano soprattutto gli stupratori arrestati, tranne che negli Stati Uniti, paese in cui sono state condotte ricerche sugli studenti maschi delle scuole superiori. Nonostante la limitata quantità di informazioni sugli uomini sessualmente violenti, sembra che la violenza sessuale sia presente in tutti i paesi (anche se con livelli di prevalenza differenti), in tutte le classi socioeconomiche e in tutti i gruppi di età dall'infanzia in poi. I dati sugli uomini sessualmente violenti mostrano come la maggior parte di questi individui rivolga la propria violenza verso donne già conosciute (116, 117). Tra i fattori che aumentano il rischio che un uomo commetta uno stupro vi sono quelli collegati agli atteggiamenti e alle convinzioni, così come il comportamento che nasce da situazioni e da condizioni sociali che favoriscono la violenza (Tabella 6.4).

Consumo di alcool e droghe

È stato osservato come l'alcool abbia un effetto disinibitorio in alcuni tipi di aggressione sessuale (118), così come alcune droghe, soprattutto la cocaina (119). L'alcool presenta l'effetto psicofarmacologico di ridurre le inibizioni, di offuscare la capacità di giudizio e di ridurre quella di interpretare le sfumature (120). I legami biologici tra alcool e violenza, tuttavia, sono complessi (118). La ricerca relativa all'antropologia sociale del consumo di alcool suggerisce che i collegamenti tra violenza, bere e ubriachezza vengano appresi socialmente e non siano universali (121). Alcuni ricercatori hanno osservato come l'alcool possa agire come "momento di stasi" culturale, offrendo l'opportunità di un comportamento antisociale. In questo modo è possibile che gli uomini agiscano in modo violento quando sono ubriachi poiché non considerano il fatto che verranno ritenuti responsabili del loro comportamento. Anche alcune forme di violenza sessuale di gruppo sono associate al bere. In questi contesti, il consumo di alcool costituisce un atto che unisce il gruppo, durante il quale le inibizioni vengono ridotte a livello collettivo e la capacità di giudizio a livello individuale viene sostituita da quella del gruppo.

Fattori psicologici

Recentemente sono state condotte molte ricerche sul ruolo delle variabili cognitive nella gamma dei fattori che possono condurre allo stupro. È stato osservato che gli uomini sessualmente violenti tendono a considerare le vittime responsabili dello stupro e sono meno informati sull'impatto dell'abuso sulle vittime (122). È possibile che questi individui interpretino

Tabella 6.4 **Fattori che aumentano il rischio per gli uomini di commettere uno stupro**

Fattori individuali	Fattori relazionali	Fattori relativi alla comunità	Fattori relativi alla società
• Consumo di alcool e droghe • Fantasie sessuali coercitive e altri atteggiamenti e convinzioni che favoriscono la violenza sessuale • Tendenze impulsive e antisociali • Preferenza per attività sessuale impersonale • Ostilità nei confronti delle donne • Storia di abuso sessuale nell'infanzia • Aver assistito a violenze in famiglia durante l'infanzia	• Frequentare pari sessualmente aggressivi e delinquenti • Ambiente familiare caratterizzato da violenza fisica e da scarse risorse • Relazioni o ambienti familiari di stampo fortemente patriarcale • Ambiente familiare carente dal punto di vista affettivo • Situazioni in cui si antepone l'onore della famiglia alla salute e alla sicurezza della vittima	• Povertà, mediata attraverso forme di crisi dell'identità maschile • Mancanza di opportunità professionali • Mancanza di sostegno istituzionale da parte della polizia e del sistema giudiziario • Tolleranza dell'aggressione sessuale all'interno della comunità • Sanzioni lievi nei confronti dei responsabili di violenza sessuale da parte della comunità	• Norme della società che sostengono la violenza sessuale • Norme della società che sostengono la superiorità e i diritti sessuali degli uomini • Leggi e politiche deboli nei confronti della violenza sessuale • Leggi e politiche deboli nell'ambito della parità di genere • Elevati livelli di criminalità e di altre forme di violenza

in modo scorretto i segnali delle donne in situazioni di socialità e non possiedano le inibizioni che bloccano l'associazione tra sesso e aggressione (122, 123). Hanno fantasie sessuali coercitive (122, 123), solitamente facilitate da accesso alla pornografia (124), e globalmente presentano nei confronti delle donne maggiore ostilità rispetto agli uomini che non sono sessualmente violenti (106, 125, 126). Oltre a questi fattori, si ritiene che gli uomini sessualmente violenti si differenzino rispetto agli altri uomini in termini di impulsività e tendenze antisociali (105). Sono anche portati ad avere una percezione eccessiva della mascolinità.

La violenza sessuale si associa inoltre alla preferenza per le relazioni sessuali impersonali rispetto a un legame affettivo, con la propensione a un numero elevato di partner sessuali e l'inclinazione ad affermare i propri interessi a scapito degli altri (125, 127). Un'ulteriore associazione è quella con atteggiamenti di contrapposizione nei confronti dell'altro sesso, nella convinzione che le donne siano nemici da sfidare e conquistare (128).

Fattori legati ai pari e alla famiglia

Stupro di gruppo

Alcune forme di violenza sessuale, come lo stupro di gruppo, vengono perpetrate da uomini giovani (129). L'aggressione sessuale rappresenta spesso una caratteristica che definisce la

mascolinità all'interno del gruppo ed è collegata in modo significativo al desiderio di essere oggetto di profonda stima (130). Il comportamento sessualmente aggressivo tra i giovani è stato collegato all'appartenenza a una banda e al fatto di avere amici delinquenti (126, 131). La ricerca inoltre suggerisce come gli uomini con pari sessualmente aggressivi presentino maggiori probabilità di dichiarare rapporti sessuali coercitivi o imposti all'esterno della banda rispetto agli uomini senza pari di questo genere (132).

Lo stupro di gruppo viene spesso considerato, dagli uomini coinvolti e talvolta anche da altri, legittimo poiché viene visto come il modo per scoraggiare o punire un comportamento "immorale" della donna – ad esempio indossare gonne corte e frequentare locali. Per questo motivo è possibile che non venga equiparato, da parte di chi lo commette, a un crimine. In diverse zone della Papua Nuova Guinea le donne possono essere punite attraverso uno stupro di gruppo pubblico, spesso deciso dagli anziani (133).

L'ambiente della prima infanzia

Esistono prove che indicano come in alcuni uomini la violenza sessuale possa anche essere un comportamento appreso, soprattutto per quanto riguarda l'abuso sessuale sui bambini. Studi sui ragazzi vittime di abusi sessuali hanno evidenziato che circa uno su cinque continua nel corso della propria vita a molestare i bambini (134). Tali esperienze possono determinare un modello di comportamento in cui l'uomo regolarmente giustifica il fatto di essere violento, nega di comportarsi in modo scorretto e possiede nozioni false e insane in merito alla sessualità.

Gli ambienti dell'infanzia fisicamente violenti, non supportivi dal punto di vista affettivo e caratterizzati da competizione per le scarse risorse sono stati associati a violenza sessuale (105, 126, 131, 135). Un comportamento sessualmente aggressivo nei giovani, ad esempio, è stato collegato all'aver assistito a una violenza in famiglia e all'aver padri affettivamente distanti e disattenti (126, 131). È probabile che gli uomini cresciuti in famiglie con forti strutture patriarcali diventino più violenti, stuprino e ricorrano alla coercizione sessuale nei confronti delle donne, nonché abusino delle proprie partner, più facilmente rispetto agli uomini cresciuti in famiglie con relazioni più paritarie (105).

Onore della famiglia e purezza sessuale

Un altro fattore relativo alle relazioni sociali è costituito dalla reazione della famiglia alla violenza sessuale che contempla il biasimo per le donne senza punizione per gli uomini, e che si concentra piuttosto sulla ricostruzione dell'onore "perduto" della famiglia. Tale risposta crea un ambiente in cui lo stupro si può verificare senza essere punito.

Mentre da un lato le famiglie spesso cercano di proteggere le proprie donne dallo stupro, ed è possibile che ricorrano alla contraccezione per le figlie con lo scopo di evitare i segni visibili della violenza nel caso dovesse verificarsi (136), raramente si osserva una forte pressione sociale per controllare i giovani o per convincerli che imporre un rapporto sessuale è sbagliato. Piuttosto, in molti paesi, spesso si nota l'accordo all'interno della famiglia per fare tutto ciò che è necessario – compreso l'omicidio – per alleggerire la "vergogna" associata allo stupro o a un'altra trasgressione sessuale. In un'indagine condotta su tutti i crimini d'onore commessi in Giordania nel 1995 (137), i ricercatori hanno osservato che nel 60% dei casi la vittima è morta per ferite d'arma da fuoco multiple – spesso per mano di un fratello. Nei casi in cui la vittima era una donna incinta non sposata, il responsabile veniva assolto dall'accusa di omicidio o riceveva una sentenza ridotta.

Sebbene la povertà sia spesso la motivazione principale di un matrimonio di bambini, fattori quali la salvaguardia della purezza di una ragazza e il desiderio di proteggerla da esperienze sessuali prematrimoniali, infezione da HIV e proposte sessuali non desiderate sono le motivazioni spesso addotte dalle famiglie per giustificare tale pratica matrimoniale (100).

Fattori relativi alla comunità

Povertà

La povertà è collegata sia alla perpetrazione della violenza sessuale sia al rischio di esserne vittima. Diversi autori hanno sostenuto che la relazione tra povertà e perpetrazione della violenza sessuale sia mediata da forme di crisi dell'identità maschile (95, 112, 138-140). Bourgois, scrivendo della vita a East Harlem, New York, negli Stati Uniti (138), ha descritto il modo in cui i giovani si sentivano oppressi dai modelli di mascolinità "vincente" e di struttura familiare trasmessi dai genitori e dai nonni, insieme agli ideali odierni di virilità che sottolineano il consumo materiale. Intrappolati nei loro sobborghi, con scarse o inesistenti possibilità di lavoro, è improbabile che riescano a raggiungere i modelli o le aspettative di "successo" maschile. In tali circostanze, gli ideali di mascolinità vengono rivisti ed enfatizzano la misoginia, l'abuso di sostanze e la partecipazione ad attività criminose (138) – spesso anche la xenofobia e il razzismo. Lo stupro di gruppo e la conquista sessuale vengono considerati azioni normali, e gli uomini rivolgono la loro aggressività contro quelle donne che non sono più in grado di controllare in modo patriarcale o di sostenere economicamente.

Ambiente fisico e sociale

Se da un lato la paura dello stupro è abbinata solitamente al fatto di essere fuori casa (141, 142), la maggior parte degli episodi di violenza sessuale si verifica in realtà all'interno dell'abitazione della vittima o dell'abusante. Il rapimento da parte di uno sconosciuto, comunque, prelude spesso a uno stupro e le opportunità del rapimento stesso dipendono dall'ambiente fisico.

L'ambiente sociale all'interno di una comunità, comunque, è solitamente più importante di quello fisico. La profondità delle radici del concetto di superiorità dei maschi e del loro diritto al sesso condiziona il grado di probabilità del verificarsi di una violenza sessuale, così come lo condizionano il livello generale di tolleranza dell'aggressione sessuale all'interno della comunità e la severità delle sanzioni, se esistono, nei confronti dei responsabili (116, 143). In alcune realtà, ad esempio, lo stupro si può verificare addirittura in pubblico e i passanti si rifiutano di intervenire (133). È inoltre possibile che le denunce di stupro vengano gestite dalla polizia con leggerezza, soprattutto se l'aggressione si verifica durante un appuntamento sentimentale o è perpetrata dal marito della vittima. Quando le indagini della polizia e i processi proseguono, è possibile che i procedimenti siano caratterizzati da negligenza o corruzione – ad esempio, con la "perdita" di documenti legali in cambio di bustarelle.

Fattori relativi alla società

I fattori legati alla società che condizionano la violenza sessuale comprendono leggi e politiche nazionali relative alla parità sessuale in generale e alla violenza sessuale in modo più specifico, così come norme relative al ricorso alla violenza. Mentre i diversi fattori operano soprattutto a livello locale, all'interno di famiglie, scuole, luoghi di lavoro e comunità, esistono anche condizionamenti da parte delle leggi e delle norme a livello nazionale e addirittura internazionale.

Leggi e politiche

Nei confronti della violenza sessuale, i diversi paesi hanno approcci molto differenti. Alcuni paesi possiedono una legislazione e procedure legali estremamente complete, con una definizione di stupro estremamente ampia che include anche la violenza sessuale tra i coniugi, condanne estremamente severe per i responsabili e forte sostegno alle vittime. L'impegno per prevenire o controllare la violenza sessuale si riflette anche nell'enfasi posta sulla formazione della polizia e sull'allocazione delle risorse di polizia per affrontare questo problema, nella priorità data alle indagini relative alle aggressioni sessuali e nelle risorse destinate a sostenere le vittime e a offrire servizi medico-legali. All'estremo opposto, vi sono paesi con approcci al problema molto più deboli – paesi in cui non è permessa la condanna del responsabile solo sulla base delle prove addotte dalla vittima, in cui alcune forme o contesti di violenza sessuale sono specificamente esclusi dalla definizione legale e in cui le vittime vengono pesantemente dissuase dall'intenzione di procedere legalmente con la paura di essere punite per aver denunciato uno stupro “senza prove”.

Norme sociali

La violenza sessuale commessa dagli uomini è in gran parte radicata in ideologie che sostengono il diritto dei maschi nei confronti del sesso. Questi sistemi di valori offrono alle donne pochissime possibilità legittime di rifiutare proposte sessuali (139, 144, 145). Molti uomini, pertanto, escludono molto semplicemente l'eventualità che le loro proposte sessuali siano rifiutate o che una donna abbia il diritto di decidere in modo autonomo se desidera una relazione sessuale. In diverse culture le donne, come gli uomini, ritengono che il matrimonio comporti automaticamente per le donne un obbligo di disponibilità sessuale teoricamente senza limiti (34, 146) sebbene il sesso possa essere culturalmente vietato in alcuni momenti, come in seguito a un parto o durante il ciclo mestruale (147).

L'esistenza di norme sociali relative all'uso della violenza come mezzo per raggiungere determinati obiettivi è stato strettamente associato alla prevalenza degli stupri. Nelle società in cui la convinzione della superiorità dell'uomo è profonda – e sottolinea il dominio, la forza fisica e l'onore maschile – lo stupro è più comune (148). I paesi con una cultura di violenza, o in cui è in atto un conflitto violento, subiscono un incremento di tutte le forme di violenza, compresa quella sessuale (148-151).

Tendenze globali e fattori economici

Molti dei fattori che agiscono a livello nazionale hanno una dimensione internazionale. Le tendenze globali, ad esempio quelle relative al libero mercato, sono state accompagnate da un aumento del movimento di donne e ragazze intorno al mondo alla ricerca di un lavoro, tra cui anche la prostituzione (152). I programmi economici di adeguamento strutturale, delineati dagli enti internazionali, hanno accentuato la povertà e la disoccupazione in diversi paesi, aumentando quindi la probabilità di traffico e di violenza sessuale (153) – un fenomeno particolarmente visibile nell'America centrale, nei Carabi (114) e in zone dell'Africa (113).

Le conseguenze della violenza sessuale

Nello stupro non si ricorre necessariamente alla forza fisica, e non sempre ne conseguono ferite fisiche. L'associazione tra stupro e morte è provata, anche se la prevalenza dei decessi è molto diversa nelle varie aree del mondo. Tra le conseguenze più comuni della violenza sessuale si collocano quelle relative alla salute riproduttiva e mentale e al benessere sociale.

Gravidanza e complicazioni ginecologiche

La gravidanza può essere una conseguenza dello stupro, anche se le percentuali sono diverse in base ai contesti e dipendono soprattutto dal grado di diffusione dei contraccettivi non di barriera. Uno studio condotto su adolescenti in Etiopia ha evidenziato che il 17% delle ragazze che dichiaravano di aver subito uno stupro presentava una gravidanza dopo la violenza (154), una percentuale simile al 15-18% segnalato dai centri di crisi per la violenza sessuale in Messico (155, 156). Uno studio longitudinale condotto negli Stati Uniti su più di 4000 donne seguite per tre anni ha osservato che il tasso di gravidanza per stupro a livello nazionale era del 5% per stupro tra le vittime di età compresa tra 12 e 45 anni e che quindi vi fossero più di 32.000 gravidanze conseguenti a stupro ogni anno a livello nazionale (7). In molti paesi, le vittime di uno stupro sono obbligate a tenere il bambino o mettono a repentaglio le proprie vite con aborti clandestini.

L'esperienza di un rapporto sessuale forzato in giovane età riduce la capacità di una donna di considerare la propria sessualità come qualcosa che può controllare. Di conseguenza, è meno probabile che un'adolescente vittima di stupro utilizzi preservativi o altre forme di contraccezione, aumentando quindi il rischio di rimanere incinta (4, 16, 157, 158). Uno studio relativo ai fattori associati alla gravidanza adolescenziale condotto a Città del Capo, in Sudafrica, ha osservato che un'iniziazione sessuale forzata rappresenta il terzo fattore più strettamente collegato, dopo la frequenza nei rapporti e l'uso dei contraccettivi moderni (4). Rapporti sessuali imposti possono causare gravidanze indesiderate anche tra le donne adulte. In India, uno studio condotto su uomini sposati ha rivelato che gli uomini che ammettevano di obbligare la propria moglie ad avere rapporti sessuali avevano una probabilità 2,6 volte più elevata di provocare gravidanze indesiderate rispetto agli uomini che non ammettevano questo comportamento (41).

È stato osservato come rapporti sessuali forzati siano fortemente collegati a complicazioni ginecologiche. Tra queste vi sono sanguinamenti o infezioni vaginali, fibromi, minore desiderio sessuale, irritazione dell'area genitale, dolore durante il rapporto, dolore pelvico cronico e infezioni del tratto urinario (8-15). Le donne vittime di abusi fisici e sessuali da parte del partner presentano solitamente un rischio di problemi di salute più elevato rispetto a quelle che subiscono solamente violenze fisiche (8, 14).

Malattie a trasmissione sessuale

Le infezioni da HIV e le altre malattie a trasmissione sessuale sono conseguenze riconosciute dello stupro (159). Ricerche condotte su donne che vivono in strutture di accoglienza hanno evidenziato una probabilità più elevata per le donne vittime di abusi fisici e sessuali da parte del partner di presentare malattie a trasmissione sessuale (160). Per le donne cadute nella rete della prostituzione, i rischi dell'HIV e di altre malattie a trasmissione sessuale sono particolarmente elevati. Il rapporto tra HIV e violenza sessuale e le relative strategie di prevenzione vengono discusse nel Box 6.2.

Salute mentale

La violenza sessuale è stata associata a diversi problemi di salute mentale e di comportamento nell'adolescenza e nell'età adulta (17-20, 22, 23, 161). In uno studio di popolazione, la prevalenza dei sintomi o dei segni indicativi di un disturbo psichiatrico era del 33% nelle donne con una storia di abuso sessuale da adulte, del 15% nelle donne con una storia di violenza fisica da parte del partner e del 6% nelle donne che non avevano subito abusi (162). La violenza sessuale da parte di un partner amplifica gli effetti della violenza fisica sulla salute mentale.

Box 6.2 Violenza sessuale e HIV/AIDS

Un rapporto sessuale imposto con la violenza può aumentare il rischio di trasmissione dell'HIV. Durante una penetrazione vaginale forzata si verificano solitamente abrasioni e tagli che facilitano l'ingresso del virus – quando presente – attraverso la mucosa vaginale. Le ragazze adolescenti in particolare sono molto sensibili all'infezione da HIV nel caso di rapporti sessuali imposti con la forza e persino attraverso rapporti sessuali non imposti, poiché la loro membrana mucosa vaginale non ha ancora acquisito la densità cellulare che garantisce una barriera efficace che si sviluppa negli anni successivi dell'adolescenza. Chi subisce uno stupro anale – ragazzi e uomini così come ragazze e donne – risulta particolarmente esposto al rischio di HIV, poiché i tessuti anali possono essere facilmente danneggiati e permettono quindi al virus un ingresso ancora più semplice nell'organismo.

Essere vittima di violenza sessuale ed essere esposti all'HIV sono situazioni che espongono a comportamenti a rischio simili. Rapporti sessuali forzati nell'infanzia o nell'adolescenza, ad esempio, aumentano la probabilità di rapporti sessuali non protetti, partner diversi, prostituzione e abuso di sostanze. Le persone che vivono esperienze di sesso imposto nelle relazioni intime hanno difficoltà a discutere l'uso del preservativo – poiché tale uso potrebbe essere interpretato come sfiducia nei confronti del partner, come ammissione di promiscuità o anche perché hanno paura di una reazione violenta da parte del partner. La coercizione sessuale tra gli adolescenti e gli adulti si associa anche a scarsa autostima e a depressione – fattori collegati a molti dei comportamenti considerati a rischio per l'infezione da HIV.

Essere HIV positivi o avere un membro della famiglia HIV positivo può aumentare anche il rischio di essere vittime di violenza sessuale, soprattutto per le donne. A causa del marchio legato all'HIV e all'AIDS in molti paesi, è possibile che una donna infetta venga allontanata dalla propria casa. Inoltre, una malattia o una morte legata all'AIDS in una famiglia indigente possono rendere disperata la sua situazione economica. Le donne possono essere obbligate a prostituirsi, e quindi esposte a un rischio più elevato sia per l'HIV/AIDS sia per la violenza sessuale. I bambini resi orfani dall'AIDS, impoveriti e senza nessuno che se ne occupi, possono essere spinti a vivere sulla strada, con notevoli rischi per quanto riguarda l'abuso sessuale.

Tra le diverse possibilità per ridurre l'incidenza della violenza sessuale e dell'infezione da HIV, l'educazione è forse la più importante. Per i giovani, soprattutto, devono essere realizzati degli interventi globali nelle scuole e nelle altre istituzioni educative, nei gruppi giovanili e sul posto di lavoro. I programmi scolastici devono considerare anche gli aspetti importanti della salute sessuale e riproduttiva, delle relazioni e della violenza. Devono inoltre insegnare abilità legate alle relazioni, i diversi modi per evitare le situazioni rischiose o di minaccia – legate a violenza, sesso e droghe – e modalità di negoziazione di un comportamento sessuale sicuro.

Per la popolazione adulta in genere dovrebbero essere disponibili informazioni complete e accessibili sulla salute sessuale e sulle conseguenze di pratiche sessuali specifiche, così come interventi per modificare comportamenti dannosi e norme sociali che ostacolano la comunicazione relativa ad argomenti legati al sesso.

È importante che gli operatori sanitari e altri fornitori di servizi ricevano una formazione integrata su genere e salute riproduttiva, nonché sulla violenza legata al genere e sulle malattie a trasmissione sessuale come l'infezione da HIV.

Alle vittime di stupro dovrebbero essere offerti screening e consulenza per l'infezione da HIV. Si può inoltre considerare il ricorso alla profilassi post-esposizione per l'HIV – somministrata appena possibile dopo l'aggressione, insieme a un adeguato counselling. Analogamente, le donne HIV positive dovrebbero essere sottoposte a screening per valutare la possibilità di una storia di violenza sessuale. I programmi di counselling per l'HIV dovrebbero prendere in considerazione l'inserimento di strategie di prevenzione della violenza.

Le vittime di abuso che dichiarano di aver subito rapporti sessuali imposti presentano un rischio di depressione e di disturbi da stress post-traumatico decisamente superiore rispetto alle donne che non ne sono state vittime (14, 18, 22, 23). Il disturbo da stress post-traumatico dopo uno stupro è più frequente nel caso di ferite durante l'aggressione, o in presenza di depressione o di abuso di alcool (24). Uno studio condotto su adolescenti in Francia ha osservato anche una relazione tra lo stupro e conseguenti difficoltà nel sonno, sintomi depressivi, disturbi somatici, fumo e problemi comportamentali (quali comportamento aggressivo, furto e marinare la scuola) (163). In assenza di counselling per il trauma, si ritiene che gli effetti psicologici negativi persistano per almeno un anno dopo l'aggressione, mentre i problemi e i sintomi fisici tendono a ridursi nel corso di tale periodo (164). Anche in presenza di counselling, fino al 50% delle donne presenta sintomi di stress (165-167).

Comportamento suicida

Le donne vittime di aggressione sessuale durante l'infanzia o l'età adulta hanno maggiori probabilità di tentare o commettere suicidio rispetto alle altre donne (21, 168-173). L'associazione rimane, anche dopo aver corretto i dati per sesso, età, istruzione, sintomi di disturbo da stress post-traumatico e presenza di disturbi psichiatrici (168, 174). L'esperienza di uno stupro o di un'aggressione sessuale può determinare un comportamento suicida già nell'adolescenza. In Etiopia, il 6% delle adolescenti in età scolastica vittime di stupro ha dichiarato di aver tentato il suicidio (154). Uno studio condotto su adolescenti in Brasile ha osservato come l'esperienza di un abuso sessuale sia un importante fattore di previsione per diversi comportamenti sanitari a rischio, tra cui pensieri e tentativi di suicidio (161).

Anche l'esperienza di gravi molestie sessuali può determinare disturbi emotivi e un comportamento suicida. Uno studio condotto su ragazze adolescenti in Canada ha osservato come il 15% delle adolescenti vittime di contatti sessuali frequenti e non desiderati avesse manifestato un comportamento suicida nei sei mesi precedenti, rispetto al 2% delle adolescenti che non li avevano subiti (72).

Ostracismo sociale

In diversi contesti culturali si ritiene che gli uomini non siano in grado di controllare i propri istinti sessuali e che le donne siano responsabili nel provocare desideri sessuali negli uomini (144). Il modo in cui le famiglie e le comunità reagiscono a episodi di stupro in questi contesti dipende dalle opinioni diffuse sulla sessualità e dalla situazione delle donne.

In alcune società, la "soluzione" culturale allo stupro vuole che la donna sposi l'aggressore, così da salvaguardare l'integrità della donna e della sua famiglia attraverso la legittimazione dell'unione (175). Tale "soluzione" è presente nelle leggi di alcuni paesi, che contemplano l'assoluzione per un uomo che commette uno stupro qualora sposi la vittima (103). Anche se non si considera il matrimonio, è possibile che le famiglie spingano la donna a non denunciare l'aggressione o si impegnino per ottenere un riconoscimento finanziario dei "danni" dalla famiglia dell'aggressore (42, 176). È possibile che gli uomini ripudino le proprie mogli nel caso siano state stuprate (27) e in alcuni paesi, come accennato precedentemente, la riconquista dell'onore perduto comporta l'ostracismo nei confronti della donna – o in casi estremi la sua uccisione (26).

Cosa si può fare per prevenire la violenza sessuale?

Il numero delle iniziative legate al problema della violenza sessuale è limitato e poche di esse sono state sottoposte a una valutazione. La maggior parte degli interventi è stata elaborata e

implementata nei paesi industrializzati. Non si hanno molte informazioni sulla loro validità in altri contesti. Gli interventi sviluppati possono essere suddivisi come segue.

Approcci individuali

Assistenza e sostegno psicologico

Le iniziative di counselling, terapia e gruppi di sostegno dopo un'aggressione sessuale si sono dimostrate efficaci, soprattutto in presenza di complicazioni legate alla violenza stessa o al processo di recupero. Esistono evidenze del fatto che un breve programma cognitivo-comportamentale effettuato poco tempo dopo l'aggressione può migliorare la velocità di recupero dal danno psicologico legato al trauma (177, 178). Come già accennato, le vittime di violenza sessuale talvolta si sentono responsabili dell'accaduto; affrontare questo problema nella terapia psicologica rappresenta un aspetto importante del recupero (179). I programmi di counselling e trattamento a breve termine dopo un'aggressione sessuale, tuttavia, hanno bisogno di ulteriori approfondite valutazioni.

Il sostegno psicologico formale per le vittime della violenza sessuale è stato fornito soprattutto dal settore non governativo, in particolare dai centri di crisi e da diverse organizzazioni femminili. Inevitabilmente, il numero delle vittime di violenza sessuale che può accedere a questi servizi è limitato. Una soluzione per ampliarne l'accessibilità consiste nell'istituire linee telefoniche di supporto, possibilmente gratuite. La linea telefonica "Stop Woman Abuse" in Sudafrica, ad esempio, ha risposto a 150.000 chiamate nei primi cinque mesi di attività (180).

Programmi per gli aggressori

I pochi programmi esistenti che si occupano dei responsabili di violenza sessuale sono solitamente dedicati a uomini condannati per aggressione. Si trovano soprattutto nei paesi industrializzati e solo recentemente hanno iniziato a essere oggetto di valutazione (vedere Capitolo 4, Parte prima, p. 121, per una discussione di tali programmi). La risposta comune fornita da chi commette violenza sessuale consiste nel negare sia la propria responsabilità sia la violenza di tale comportamento (146, 181). Perché i programmi siano efficaci, è necessario che il loro obiettivo sia quello di far ammettere ai responsabili di abuso le proprie responsabilità e di mostrarli pubblicamente come responsabili delle loro azioni (182). Per raggiungere tale obiettivo si può cercare la collaborazione con i servizi di sostegno alle vittime così come con campagne contro la violenza sessuale.

Programmi educativi e di preparazione alla vita quotidiana

Negli ultimi anni, diversi programmi che si occupano di promozione della salute sessuale e riproduttiva, soprattutto quelli che promuovono la prevenzione contro l'HIV, hanno iniziato a introdurre questioni legate al genere e a occuparsi del problema della violenza sessuale e fisica contro le donne. Due esempi importanti – elaborati per l'Africa ma utilizzati in diverse aree del mondo in via di sviluppo – sono *Stepping stones* e *Men as partners* (183, 184). Questi programmi sono stati creati per essere utilizzati da gruppi di pari composti da uomini e donne all'interno di workshop in diverse sessioni, utilizzando una tipologia di apprendimento di tipo partecipatorio. L'approccio globale aiuta gli uomini, che altrimenti potrebbero essere riluttanti a frequentare gruppi che si occupano esclusivamente del problema della violenza contro le donne, a partecipare e a discutere svariate questioni relative alla violenza. Inoltre, anche nel caso gli uomini siano responsabili di violenza sessuale, i programmi sono attenti a evitare di etichettarli come tali.

Un'indagine sull'effetto del programma *Stepping stones* in Africa e in Asia ha osservato come gli incontri abbiano aiutato gli uomini ad assumere maggiori responsabilità nei confronti delle proprie azioni, a costruire una relazione migliore con gli altri, ad avere maggiore rispetto per le donne e a comunicare in modo più efficace. Come risultato del programma, sono state segnalate riduzioni della violenza contro le donne in comunità in Cambogia, Gambia, Sudafrica, Uganda e nella Repubblica Unita di Tanzania. Le valutazioni effettuate fino a oggi, comunque, hanno solitamente utilizzato metodi qualitativi ed è necessario condurre ulteriori ricerche per valutare in modo adeguato l'efficacia di questo programma (185).

Approcci relativi allo sviluppo evolutivo

La ricerca ha sottolineato l'importanza della cura dei figli, attraverso un impegno genitoriale migliore e più bilanciato tra i due sessi, per prevenire la violenza sessuale (124, 125). Contemporaneamente, Schwartz (186) ha elaborato un modello di prevenzione che adotta un approccio legato allo sviluppo evolutivo, con interventi prenatali, durante l'infanzia e nell'adolescenza, e all'inizio dell'età adulta. In questo modello, l'elemento prenatale comprenderebbe discussioni sul ruolo dei genitori, gli stereotipi dei ruoli legati al genere, lo stress, il conflitto e la violenza. Nei primi anni dell'infanzia, gli operatori sanitari dovrebbero proseguire con questi argomenti e introdurre nell'elenco dei temi in discussione l'abuso sessuale sui bambini e l'esposizione alla violenza nei media, nonché promuovere l'utilizzo di materiale educativo non sessista. Verso la fine dell'infanzia, la promozione della salute dovrebbe comprendere la presentazione di modelli di comportamento e atteggiamenti che evitino gli stereotipi, incoraggiare i bambini a distinguere i contatti fisici "buoni" da quelli "cattivi" e migliorare la loro capacità e confidenza nell'acquisire il controllo del proprio corpo. Questo intervento creerebbe lo spazio per parlare dell'aggressione sessuale. Nel corso dell'adolescenza e nei primi anni dell'età adulta le discussioni riguarderebbero i miti relativi allo stupro, la fissazione di confini per l'attività sessuale e l'interruzione della relazione tra sesso, violenza e coercizione. Sebbene il modello di Schwartz sia stato creato per i paesi industrializzati, alcuni dei principi che lo costituiscono potrebbero essere utilizzati nei paesi in via di sviluppo.

Gli interventi dell'assistenza sanitaria

I servizi medico-legali

In diversi paesi, in cui viene segnalata l'esistenza della violenza sessuale, il settore sanitario ha il dovere di raccogliere le prove mediche e legali per sostenere il resoconto della vittima o per aiutare a individuare il responsabile. Ricerche condotte in Canada indicano che la documentazione medico-legale può aumentare la probabilità che il responsabile venga arrestato, accusato o condannato (187, 188). Uno studio, ad esempio, ha osservato come una lesione fisica documentata, soprattutto di tipo moderato o grave, fosse collegata all'apertura di un procedimento d'accusa – a prescindere dal reddito del paziente o dal fatto che egli conoscesse l'aggressore, come semplice conoscenza o in quanto partner (188). Dall'altro lato, uno studio condotto su donne che si erano rivolte a un ospedale a Nairobi, in Kenya, in seguito a uno stupro, ha evidenziato il fatto che in molti paesi le vittime di un'aggressione non vengono visitate da un ginecologo o da uno specialista della polizia e che non esistono protocolli o linee guida standard per queste situazioni (189).

L'utilizzo di protocolli e linee guida standard può migliorare profondamente la qualità del trattamento e del sostegno psicologico alle vittime, così come la qualità delle prove raccolte (190). Protocolli e linee guida completi per le donne vittime di un'aggressione dovrebbero comprendere:

- descrizione completa dell'accaduto, con un elenco di tutte le prove raccolte;
- registrazione della storia ginecologica e contraccettiva della vittima;
- registrazione secondo modalità standard dei risultati di una visita medica completa;
- valutazione del rischio di gravidanza;
- controllo e trattamento delle malattie a trasmissione sessuale, tra cui, quando appropriato, il test per l'HIV;
- erogazione di contraccettivi d'emergenza e, se legale, counselling per eventuale aborto;
- offerta di sostegno e di consulenza psicologica.

In alcuni paesi, il protocollo è parte integrante della procedura di un “kit per la raccolta di prove in caso di aggressione sessuale” che comprende istruzioni e contenitori per la raccolta delle prove, appropriati formulari e documenti legali per la registrazione dei casi (191). La visita medica delle vittime di stupro è per sua stessa natura estremamente difficoltosa. L'utilizzo di un video per spiegare la procedura prima di una visita si è dimostrato estremamente efficace per ridurre la tensione (192).

Formazione dei professionisti sanitari

Gli argomenti relativi alla violenza sessuale devono essere inclusi nel percorso di formazione di tutto il personale dei servizi sanitari, compresi psichiatri e counsellor, nella formazione di base così come nei corsi post-diploma specialistici. Tale formazione specifica dovrebbe, innanzitutto, migliorare le conoscenze e la consapevolezza degli operatori sanitari nei confronti della violenza sessuale nonché la loro capacità di individuare e gestire i casi di abuso con sensibilità ed efficacia. Dovrebbe inoltre essere d'aiuto nel ridurre i casi di abuso sessuale all'interno del settore sanitario, fatto che può rappresentare un grave problema, solitamente non segnalato.

Nelle Filippine, la Task Force sulle scienze sociali e la salute riproduttiva, un organismo che comprende medici, personale infermieristico e ricercatori nell'ambito sociale ed è sostenuto dal Dipartimento per la salute, ha elaborato dei moduli di formazione sulla violenza legata al genere per gli studenti di scienze infermieristiche e di medicina. Gli obiettivi di questo programma sono (193):

- Comprendere le radici della violenza nel contesto della cultura, del genere e di altri aspetti sociali.
- Individuare le situazioni, all'interno delle famiglie o delle abitazioni che presentano un rischio più elevato di violenza, in cui sarebbe appropriato intraprendere:
 - interventi primari, soprattutto in collaborazione con altre figure professionali;
 - interventi secondari, tra cui individuare le vittime di violenza, comprendere le procedure legali di base e il modo in cui presentare le prove, indirizzare le vittime alle consulenze adeguate e seguirle, nonché aiutarle a reintegrarsi nella società.

Questi moduli di formazione sono inseriti nel programma di studi degli studenti di scienze infermieristiche e di medicina. Per quanto riguarda gli infermieri, gli undici moduli sono suddivisi nei quattro anni di istruzione formale, per gli studenti di medicina sono inseriti negli ultimi tre anni della formazione pratica.

Profilassi per l'infezione da HIV

La possibilità di trasmettere l'HIV durante uno stupro è una delle maggiori preoccupazioni,

soprattutto nei paesi con elevata prevalenza dell'infezione (194). È provato che l'uso di farmaci antiretrovirali dopo l'esposizione ad HIV in determinati contesti è abbastanza efficace. La somministrazione di zidovudina (AZT) a operatori sanitari a seguito di contatto con un ago per motivi professionali (pungersi con un ago contaminato) ha dimostrato di poter ridurre il conseguente rischio di sviluppare un'infezione da HIV dell'81% (195).

Il rischio medio di contrarre un'infezione da HIV a seguito di un singolo rapporto sessuale vaginale non protetto con un partner infetto è relativamente contenuto (approssimativamente 1-2 per 1000 da uomo a donna e circa 0,5-1 per 1000 da donna a uomo). Questo rischio è simile a quello di una puntura da ago (circa 3 per 1000), per il quale la profilassi post-esposizione rappresenta un trattamento attualmente di routine (196). Il rischio medio di infezione da HIV per un rapporto sessuale anale, invece, è decisamente più elevato: circa 5-30 per 1000. Durante lo stupro, tuttavia, a causa della violenza utilizzata, è probabile che si creino delle lacerazioni macroscopiche o microscopiche nella mucosa vaginale, un fatto che aumenta notevolmente la probabilità di trasmissione dell'HIV (194).

Non esistono informazioni in merito alla fattibilità di una profilassi di routine per l'HIV alle vittime di stupro o al suo rapporto costo-efficacia in contesti dotati di scarse risorse. Il test per l'infezione da HIV è difficile in ogni caso. Nel periodo immediatamente successivo all'aggressione molte donne non sono in grado di comprendere le complicate informazioni relative al test per l'HIV e ai suoi rischi. È inoltre difficile garantire un corretto follow-up poiché molte vittime non si presentano alle successive visite programmate per motivi probabilmente legati alle difficoltà psicologiche di gestire l'accaduto. È possibile, inoltre, che gli effetti collaterali del trattamento antiretrovirale siano significativi e spingano le persone ad abbandonare il trattamento (195, 197), sebbene sia probabile che chi ritiene di essere ad alto rischio si adegui (197).

Nonostante la mancanza di informazioni sull'efficacia della profilassi per l'HIV a seguito di uno stupro, diverse organizzazioni ne hanno raccomandato l'uso. Sempre più frequentemente, ad esempio, le assicurazioni sanitarie dei paesi ad alto reddito le introducono nei propri pacchetti di assistenza. È necessario approfondire le ricerche sull'efficacia del trattamento antiretrovirale dopo uno stupro nei paesi a medio e basso reddito e sul modo di inserirlo nell'assistenza al paziente.

Centri che forniscono assistenza completa alle vittime di un'aggressione sessuale

A causa della mancanza di medici in molti paesi, in alcuni centri sono state utilizzate infermiere specializzate per assistere le vittime di un'aggressione sessuale (187). In Canada vengono formate infermiere, che hanno il compito di visitare le vittime di aggressione sessuale, che offrono un'assistenza completa. Queste infermiere inviano i pazienti al medico nel caso sia necessario un intervento medico. Nella provincia di Ontario, in Canada, il primo centro di assistenza per l'aggressione sessuale è stato aperto nel 1984 e da allora ne sono stati creati altri 26. Questi centri offrono o coordinano un'ampia gamma di servizi, compresa l'assistenza medica di emergenza e il follow-up medico, counselling, raccolta di prove legali dell'aggressione, sostegno legale nonché consulenza ed educazione a livello di comunità (198). In molti paesi stanno sorgendo centri, spesso ubicati presso un ospedale o un commissariato, che offrono numerosi servizi alle vittime di un'aggressione sessuale (Box 6.3). Centri specialistici di questo genere hanno il grande vantaggio di contare su personale dotato di formazione ed esperienza specifiche. In alcune realtà, dall'altro lato, esistono centri integrati che offrono servizi alle vittime di diverse forme di violenza.

L'impegno a livello di comunità

Campagne di prevenzione

I tentativi di modificare gli atteggiamenti del pubblico nei confronti della violenza sessuale utilizzando i media hanno incluso l'affissione di manifesti su pannelli pubblicitari e nei trasporti pubblici, e la diffusione di messaggi alla radio e alla televisione. Quest'ultima è stata utilizzata con successo in Sudafrica e Zimbabwe. In Sudafrica, la serie televisiva *Soul City*, trasmessa nella fascia oraria di maggiore ascolto, viene illustrata nel Box 9.1 del Capitolo 9. Nello Zimbabwe, l'organizzazione non governativa Musasa ha creato iniziative per migliorare la consapevolezza del problema utilizzando il teatro, incontri pubblici e dibattiti, così come serie televisive in cui chi sopravvive alla violenza descrive la propria esperienza (199).

Altre iniziative, a parte le campagne nei media, sono state utilizzate in diversi paesi. L'Istituto *Sisterhood Is Global* di Montreal, in Canada, ad esempio, ha elaborato un manuale utilizzabile dalle comunità musulmane con lo scopo di migliorare la consapevolezza e stimolare il dibattito sulle questioni relative all'uguaglianza di genere e alla violenza contro le donne e le adolescenti (200). Il manuale ha avuto una sperimentazione pilota in Egitto, Giordania e Libano e – in una versione adatta a contesti musulmani – è stato utilizzato nello Zimbabwe.

In 16 paesi dell'America latina e nei Caraibi è stata condotta un'iniziativa interagenzia delle Nazioni Unite per combattere la violenza legata al genere (201). La campagna è strutturata per:

Box 6.3 Servizi integrati per le vittime di stupro negli ospedali della Malesia

Nel 1993 venne creato il primo "One-Stop Crisis Centre" per le donne percosse nel Dipartimento di pronto soccorso dell'ospedale di Kuala Lumpur in Malesia. L'obiettivo del centro consisteva nell'offrire una risposta coordinata da parte di diverse figure alla violenza contro le donne, così da permettere alle vittime di un'aggressione di affrontare i problemi medici, legali, psicologici e sociali in un unico luogo. Inizialmente, il centro si occupava esclusivamente di violenza domestica – ma in un secondo momento ha ampliato il proprio raggio d'azione fino a includere lo stupro, con procedure specifiche per le vittime di tale tipo di violenza.

All'Ospedale di Kuala Lumpur, un gruppo di intervento per le situazioni di crisi gestisce circa 30 casi di stupro e 70 casi di violenza domestica ogni mese. Questo team riunisce in sé le competenze dell'ospedale, di diversi gruppi femminili, della polizia, del dipartimento degli operatori sociali medici, dell'ufficio per il sostegno legale e dell'Ufficio religioso islamico.

Nel 1996 il Ministero della Salute malese ha deciso di ampliare questa strategia di assistenza sanitaria innovativa e di creare centri simili in ogni ospedale pubblico del paese. Nel giro di tre anni sono stati realizzati 34 centri simili. In queste strutture, psichiatri, counsellor e operatori sociali medici offrono counselling in caso di stupro e alcuni degli utenti diventano pazienti esterni del dipartimento psichiatrico dell'ospedale. È necessario che operatori sociali specificamente formati siano a disposizione 24 ore al giorno.

Poco dopo l'istituzione del progetto "One-Stop Crisis Centre", sono venuti alla luce diversi problemi. Tra gli altri, la necessità di offrire al personale dell'ospedale un percorso formativo più specifico per gestire con maggiore sensibilità aspetti legati alla violenza sessuale. Alcuni operatori dell'ospedale biasimavano le vittime di stupro per la violenza che avevano subito, mentre altri le facevano oggetto di curiosità voyeuristica piuttosto che offrire loro sostegno. È stata evidenziata anche la necessità di un numero superiore di funzionari medici per il tribunale e di strutture di rifugio sufficienti per le vittime di stupro. Individuare questi problemi ha rappresentato un primo importante passo per il miglioramento del progetto e per fornire servizi di qualità più elevata alle vittime di stupro.

- migliorare la consapevolezza a proposito dei costi umani, sociali ed economici della violenza contro le donne e le adolescenti;
- creare capacità a livello governativo al fine di elaborare e implementare leggi contro la violenza legata al genere;
- potenziare le reti di organizzazioni pubbliche e private e condurre programmi per prevenire la violenza contro le donne e le adolescenti.

Iniziative locali da parte degli uomini

Un elemento importante nella prevenzione della violenza fisica e sessuale contro le donne è costituito da un'iniziativa collettiva da parte degli uomini. Gruppi di uomini contro la violenza domestica e lo stupro sono attivi in Australia, Africa, America latina, Carabi e Asia, nonché in diverse parti del Nord America e dell'Europa. L'idea che li permea consiste nel ritenere che gli uomini in quanto individui devono attivare misure per ridurre il proprio uso della violenza (202). Tra le attività caratteristiche vi sono discussioni di gruppo, campagne e raduni, attività con uomini violenti nonché workshop presso scuole, carceri e luoghi di lavoro. Le azioni sono spesso condotte in collaborazione con organizzazioni femminili coinvolte nella prevenzione della violenza e nell'erogazione di servizi alle vittime di abusi.

Solo negli Stati Uniti esistono più di 100 di questi gruppi, molti dei quali si concentrano soprattutto sulla violenza sessuale. Il gruppo *Men Can Stop Rape* a Washington, DC, ad esempio, cerca di promuovere forme alternative di mascolinità che alimentino la non violenza e l'uguaglianza di genere. Le sue ultime attività hanno riguardato presentazioni nelle scuole secondarie, la creazione di poster, la produzione di un manuale per i docenti e la pubblicazione di una rivista per ragazzi (202).

Programmi per la scuola

L'azione a livello della scuola è fondamentale per ridurre la violenza sessuale e le altre forme di violenza. In diversi paesi una relazione sessuale tra un insegnante e un alunno non rappresenta una trasgressione disciplinare grave e non esistono – o non vengono applicate – politiche relative alle molestie sessuali nella scuola. Negli ultimi anni, tuttavia, alcuni paesi hanno introdotto leggi che vietano le relazioni sessuali tra insegnanti e alunni. Tali misure sono importanti per sradicare le molestie sessuali nella scuola. Allo stesso tempo, è necessario implementare anche un'ampia gamma di azioni, che comprendano modifiche del percorso formativo e delle modalità di assunzione dei docenti nonché la riforma dei corsi di studio, così da trasformare le relazioni di genere all'interno delle scuole.

Risposte legali e politiche

Segnalazione e gestione dei casi di violenza sessuale

Diversi paesi hanno un sistema che incoraggia gli individui a segnalare episodi di violenza sessuale alla polizia e che migliora la velocità e la sensibilità dei tribunali nella gestione dei casi. I meccanismi specifici comprendono unità riservate alla violenza domestica, unità per i crimini sessuali, attività formative per la parità di genere rivolte alla polizia e ai funzionari dei tribunali, commissariati e tribunali con personale esclusivamente femminile per i crimini sessuali. Alcuni di questi meccanismi sono analizzati nel Capitolo 4 (Parte prima, p. 121).

Talvolta si creano problemi per la reticenza degli esperti medici ad apparire in tribunale. La ragione di questo comportamento consiste spesso nell'imprevedibilità del calendario delle udienze, con processi spesso rimandati con poco preavviso e lunghe attese per i testimoni che

devono rilasciare solo brevi dichiarazioni. In Sudafrica, per contrastare questo problema, l'autorità competente ha deciso che i magistrati interrompano il procedimento quando arriva l'esperto medico per poter registrare la sua testimonianza e interrogarlo in modo incrociato senza ritardi.

Riforma giudiziaria

Gli interventi legislativi effettuati in molti paesi comprendono:

- ampliamento della definizione di stupro;
- riforma delle regole per le condanne e per l'ammissibilità delle prove;
- eliminazione dell'obbligo di suffragare le accuse da parte delle vittime;

Nel 1983, le leggi canadesi sullo stupro sono state riviste, in particolare è stata eliminata la necessità di suffragare con prove le dichiarazioni di stupro. Nonostante ciò, un'indagine ha osservato che i pubblici ministeri hanno preferito ignorare questa facilitazione e che pochi casi sono arrivati in tribunale senza essere sostenuti da prove legali (203).

Diversi paesi in Asia, tra cui le Filippine, hanno recentemente emanato leggi che ridefiniscono in modo radicale lo stupro e impongono allo stato l'obbligo di assistenza alle vittime. Il risultato è stato un notevole aumento del numero dei casi segnalati. Per ottenere la piena efficacia delle nuove legislazioni è necessario realizzare campagne che informino il pubblico generale dei suoi diritti legali.

Per garantire che non venissero presentate in tribunale informazioni non pertinenti, il Tribunale penale internazionale per i paesi dell'ex Jugoslavia ha elaborato norme che potrebbero essere utilizzate come modello per leggi e procedure efficaci in altre realtà. La norma n. 96 del Tribunale specifica che in caso di aggressione sessuale non è necessario supportare con prove la testimonianza della vittima e che la storia sessuale precedente della vittima stessa non può essere utilizzata come prova. La norma inoltre affronta il problema dell'eventuale obiezione dell'accusato che potrebbe sostenere l'esistenza di consenso all'atto da parte della vittima e afferma che il consenso non può essere utilizzato come difesa qualora la vittima sia stata minacciata o soggetta a violenza fisica o psicologica o a detenzione, ovvero abbia avuto paura di incorrervi. Inoltre, il consenso non può essere accettato come prova qualora la vittima abbia valide ragioni per ritenere che, nel caso non avesse acconsentito alla violenza, qualcun altro avrebbe potuto esserne vittima, essere minacciato o impaurito. Anche nel caso il consenso da parte della vittima venga accettato come prova, l'accusato deve dimostrare alla corte che le prove relative a tale consenso sono pertinenti e credibili, prima di poterlo considerare.

In molti paesi, i giudici emettono condanne particolarmente lievi per la violenza sessuale (204, 205). Per superare questo problema è stato introdotto un livello minimo di condanna per stupro, a parte i casi in cui esistano delle attenuanti.

Trattati internazionali

I trattati internazionali sono importanti poiché fissano gli standard legislativi a livello nazionale e offrono ai gruppi locali l'argomento su cui far leva per campagne che puntino alle riforme legislative. Tra i trattati che riguardano la violenza sessuale e la sua prevenzione vi sono:

- la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (1979);
- la Convenzione sui diritti dell'infanzia (1989) e il relativo Protocollo opzionale sulla vendita dei bambini, la prostituzione infantile e la pornografia infantile (2000);

- la Convenzione contro il crimine organizzato transnazionale (2000) e il relativo Protocollo supplementare per prevenire, sopprimere e punire il traffico di essere umani, soprattutto donne e bambini (2000);
- la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (1984).

Un ampio numero di altri accordi internazionali definisce norme e limiti di comportamento, compreso il comportamento in caso di guerra, che richiedono provvedimenti all'interno delle legislazioni nazionali. Lo Statuto di Roma del Tribunale penale internazionale (1998), ad esempio, copre un ampio spettro di crimini legati al genere, tra cui stupro, schiavitù sessuale, prostituzione, gravidanza e sterilizzazione forzate. Comprende inoltre alcune forme di violenza sessuale che costituiscono un inadempimento o una grave violazione della Convenzione di Ginevra del 1949, così come altre forme di violenza sessuale di gravità paragonabile ai crimini contro l'umanità. L'inclusione dei crimini legati al genere nelle definizioni dello Statuto rappresenta un'importante evoluzione storica della legge internazionale (206).

Azioni volte a prevenire altre forme di violenza sessuale

Traffico sessuale

Le iniziative volte a impedire il traffico di persone a scopo di sfruttamento sessuale si sono solitamente occupate di:

- creare in alcuni paesi progetti economici per le donne che rischiano di essere vittime di traffico sessuale;
- fornire informazioni e migliorare la consapevolezza delle donne a rischio così da renderle coscienti dei pericoli del traffico sessuale.

Diversi programmi statali e organizzazioni non governative, inoltre, stanno elaborando servizi per le vittime del traffico sessuale (207). A Cipro, il Dipartimento per gli stranieri e l'immigrazione avvicina le donne che entrano nel paese per lavorare nei settori dell'intrattenimento e dei servizi domestici. Le informa dei loro diritti e dei loro obblighi e illustra le forme di protezione disponibili contro l'abuso, lo sfruttamento e l'introduzione alla prostituzione. Nell'Unione Europea e negli Stati Uniti, le vittime del traffico sessuale che desiderano cooperare con il sistema giudiziario per la condanna dei responsabili possono ricevere permessi di soggiorno temporaneo. In Belgio e in Italia sono stati creati centri di accoglienza per le vittime del traffico sessuale. A Mumbai, in India, è stato creato un centro contro il traffico sessuale per facilitare l'arresto e la condanna dei responsabili e per fornire assistenza e informazioni alle vittime di tale traffico.

Mutilazione genitale femminile

Per occuparsi delle pratiche culturali sessualmente violente è necessario comprendere il loro contesto sociale, culturale ed economico. Khafagi ha sostenuto (208) che tali pratiche – tra cui la mutilazione genitale femminile – dovrebbero essere considerate dalla prospettiva di coloro che le mettono in pratica, e che tali conoscenze possono essere utilizzate per elaborare interventi di prevenzione culturalmente appropriati. Nel distretto ugandese di Kapchorwa, il programma REACH è riuscito a ridurre le percentuali della mutilazione genitale femminile. Questo programma, condotto dalla Sabiny Elders' Association, si è impegnato a guadagnare il sostegno degli anziani della comunità per separare la pratica della mutilazione genitale femmi-

nile dai valori culturali che essa pretende di servire. Al suo posto, sono state introdotte attività alternative, che sostengono la tradizione culturale originale (209). Il Box 6.4 descrive un altro programma, condotto in Egitto, per prevenire la mutilazione genitale femminile.

Il matrimonio dei bambini

Il matrimonio dei bambini presenta motivazioni culturali e spesso è legale; l'impegno necessario per operare un cambiamento è quindi notevole. L'atto di rendere illegale questa pratica non sarà sufficiente, da solo, a impedirla. In diversi paesi la registrazione delle nascite spesso è irre-

Box 6.4 Fermare la mutilazione genitale femminile: il caso dell'Egitto

La mutilazione genitale femminile è una pratica estremamente comune tra le donne sposate in Egitto. L'indagine demografica e sanitaria condotta nel 1995 ha evidenziato che il gruppo di età in cui la pratica era più frequentemente utilizzata era quello dei 9-13 anni. Quasi la metà di chi eseguiva la circoncisione femminile era composta da medici e il 32% era rappresentato da ostetriche o infermiere. Ricerche sociologiche hanno evidenziato come le ragioni principali alla base della circoncisione femminile consistevano nella trasmissione della tradizione, nel controllo degli impulsi sessuali delle donne, nel renderle "pulite e pure" e, motivazione fondamentale, renderle pronte al matrimonio.

Grazie al maggior grado di consapevolezza pubblica sorto in seguito alla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo tenutasi al Cairo nel 1994 venne creato un movimento contro la mutilazione genitale femminile, che interessava un'ampia gamma di settori.

Per quanto riguarda la risposta dei funzionari e dei professionisti in ambito sanitario, nel 1998 una dichiarazione congiunta della Società egiziana di ginecologia e ostetricia e della Società egiziana per l'assistenza alla fertilità ha affermato che la mutilazione genitale femminile costituiva una pratica inutile e dannosa, nonché un'azione non etica da parte di un medico. Il Ministro egiziano della salute e della popolazione inoltre emise un decreto che vietava a chiunque di praticare la mutilazione genitale femminile.

Anche i leader religiosi del mondo musulmano dichiararono la propria opposizione a tale pratica. Il Gran Mufti emise una dichiarazione che sottolineava come non esistesse menzione della circoncisione femminile nel Corano e come le affermazioni (*hadith*) attribuite al profeta Maometto su questo argomento non fossero mai state confermate da prove certe. Nel 1998, inoltre, la Conferenza su Popolazione e Salute Riproduttiva del mondo musulmano fece propria una raccomandazione che richiama i paesi islamici a impegnarsi affinché terminassero tutte le forme di violenza contro le donne, ricordando come nella legge islamica (*sharia*) non esistesse alcun obbligo per la circoncisione delle ragazze.

Organizzazioni egiziane non governative si sono mobilitate in quest'ambito, diffondendo informazioni sulla mutilazione genitale femminile e inserendo questo argomento nei programmi di sviluppo delle comunità, di sensibilizzazione sanitaria e di altro genere. È stata creata una Task Force di circa 60 organizzazioni non governative per combattere questa pratica.

Diverse organizzazioni non governative – spesso operando attraverso i leader maschili della comunità – stanno attualmente coinvolgendo attivamente gli uomini, istruendoli in merito ai pericoli della mutilazione genitale femminile. In questo processo, i giovani vengono incoraggiati a dichiarare che sposeranno solo donne non circoncidate. Nell'Egitto superiore esiste un progetto che si rivolge a diversi gruppi sociali – tra cui i leader della comunità, religiosi e professionisti – per addestrarli a opporsi pubblicamente alla mutilazione genitale femminile. Viene inoltre offerto counseling alle famiglie che stanno valutando la possibilità di non circoncidere le proprie figlie e vengono condotte discussioni con gli operatori sanitari per dissuaderli dall'eseguire tale pratica.

golare e può succedere di non conoscere l'età effettiva dei bambini al momento del primo matrimonio (100). È più probabile che siano efficaci gli approcci che affrontano il problema della povertà – spesso un'importante fattore alla base di molti di questi matrimoni – e quelli che sottolineano gli obiettivi educativi, le conseguenze sanitarie di tale pratica e i diritti dei bambini.

Lo stupro durante i conflitti armati

Il problema della violenza sessuale nei conflitti armati è stato nuovamente portato in primo piano da organizzazioni quali l'Association of the Widows of the Genocide (AVEGA) e il Forum for African Women Educationalists. Il primo ha sostenuto le vedove di guerra e le vittime di stupro in Ruanda e il secondo ha fornito assistenza medica e counselling alle vittime in Sierra Leone (210).

Nel 1995, l'Alto Commissariato per i rifugiati delle Nazioni Unite ha pubblicato delle linee guida per prevenire e rispondere alla violenza sessuale tra le popolazioni di profughi (211). Queste linee guida comprendono provvedimenti per:

- strutturare e pianificare i campi, al fine di ridurre la sensibilità alla violenza;
- documentare i casi;
- istruire e formare il personale per individuare e rispondere alla violenza sessuale, nonché per prevenirla;
- assistenza medica e altri servizi di supporto, tra cui procedure per evitare ulteriori traumi alle vittime.

Le linee guida, inoltre, prevedono campagne di consapevolezza per il pubblico, attività educative e la creazione di gruppi femminili che segnalino e rispondano alle violenze.

L'International Rescue Committee, sulla base del lavoro condotto in Guinea (212) e nella Repubblica Unita di Tanzania (96), ha elaborato un programma per combattere la violenza sessuale nelle comunità di profughi. Esso comprende il ricorso a metodi di partecipazione per valutare la prevalenza della violenza sessuale e di quella legata al genere nelle popolazioni di profughi, la formazione e l'utilizzo di operatori della comunità per individuare i casi e creare sistemi di prevenzione appropriati, nonché strumenti a disposizione dei leader della comunità e degli altri dirigenti per perseguire i responsabili. Il programma è stato utilizzato in diverse realtà per affrontare la violenza sessuale e quella legata al genere, ad esempio in Bosnia ed Erzegovina, nella Repubblica Democratica del Congo, a Timor Est, in Kenya, in Sierra Leone e nella ex Repubblica Jugoslava di Macedonia.

Raccomandazioni

Il problema della violenza sessuale ha solitamente rappresentato un'area di ricerca trascurata nella maggior parte del mondo, sebbene l'evidenza lo segnali come un problema di salute pubblica di proporzioni considerevoli. È necessario impegnarsi più a fondo sia per capire il fenomeno sia per prevenirlo.

Sviluppare la ricerca

La mancanza di una definizione unitaria di violenza sessuale e la povertà dei dati che descrivono la natura e le dimensioni del problema a livello mondiale hanno contribuito alla sua scarsa visibilità nei programmi dei politici e dei donatori. È necessario approfondire la ricerca su quasi ogni aspetto della violenza sessuale, tra cui:

- l'incidenza e la prevalenza della violenza sessuale nei diversi contesti, utilizzando uno strumento di ricerca standard per misurare la coercizione sessuale;
- i fattori di rischio che determinano il diventare vittima o responsabile di violenza sessuale;
- le conseguenze sanitarie e sociali di diverse forme di violenza sessuale;
- i fattori che condizionano la ripresa dopo un'aggressione sessuale;
- i contesti sociali delle diverse forme di violenza sessuale, tra cui il traffico sessuale e le relazioni tra questa e altre forme di violenza.

Definire delle misure efficaci

È necessario inoltre studiare gli interventi che favoriscono una migliore comprensione di ciò che può essere efficace nei diversi contesti per prevenire la violenza sessuale nonché per trattare e sostenere le vittime. È indispensabile dare priorità alle seguenti aree:

- Documentare e valutare i servizi e gli interventi che sostengono le vittime o che si occupano dei responsabili della violenza sessuale.
- Definire le risposte più appropriate del settore sanitario alla violenza sessuale, compreso il ruolo della terapia profilattica antiretrovirale per la prevenzione dell'HIV dopo uno stupro – con l'indicazione di pacchetti di servizi differenti in base al contesto e alle risorse disponibili.
- Definire il sostegno psicologico appropriato in contesti e circostanze diversi.
- Valutare i programmi di prevenzione, compresi gli interventi a livello di comunità – soprattutto quelli dedicati agli uomini – e i programmi specifici per le scuole.
- Studiare l'impatto delle riforme legislative e delle sanzioni penali.

Maggiore attenzione alla prevenzione primaria

La prevenzione primaria della violenza sessuale viene spesso trascurata a favore dell'erogazione di servizi rivolte alle vittime. Politici, ricercatori, donatori e organizzazioni non governative dovrebbero pertanto dedicare maggiore attenzione a questo aspetto importante. Sarebbe necessario dare priorità a:

- prevenzione primaria di tutte le forme di violenza sessuale attraverso programmi per le comunità, le scuole e i campi profughi;
- sostegno ad approcci di partecipazione e culturalmente sensibili che modifichino gli atteggiamenti e il comportamento;
- sostegno ai programmi volti a prevenire la violenza sessuale nel più ampio contesto della promozione della parità di genere;
- programmi che affrontino le cause socioeconomiche nascoste della violenza, tra cui povertà e mancanza di istruzione, fornendo ad esempio opportunità professionali per i giovani;
- programmi che migliorino la capacità di educare i figli, riducano la vulnerabilità delle donne e promuovano un concetto di mascolinità più corretto rispetto al genere.

Affrontare l'abuso sessuale all'interno del settore sanitario

La violenza sessuale nei confronti dei pazienti nel settore sanitario è un fenomeno che interessa diverse realtà, ma non è solitamente considerato un problema. È necessario compiere diversi passaggi per superare questo atteggiamento e affrontare il problema, tra i quali:

- inserire argomenti relativi al genere e alla violenza sessuale, comprese considerazioni etiche relative alla professione medica, nel programma di studi di base e specialistici di medici, infermieri e altri operatori sanitari;

- ricercare attivamente modalità per individuare e compiere indagini su possibili casi di abuso di pazienti all'interno delle strutture sanitarie;
- utilizzare gli organismi internazionali della professione medica e di quella infermieristica, nonché organizzazioni non governative (tra cui le organizzazioni femminili) per monitorare e raccogliere prove di abuso e impegnarsi attivamente per spingere il governo e i servizi sanitari all'azione;
- fissare appropriati codici di comportamento e modalità di reclamo nonché rigide procedure disciplinari per gli operatori sanitari che abusano dei pazienti nelle strutture di assistenza sanitaria.

Conclusioni

La violenza sessuale rappresenta un problema di salute pubblica diffuso e grave che riguarda ogni anno milioni di persone in tutto il mondo. È determinata da diversi fattori che agiscono in un'ampia gamma di contesti sociali, culturali ed economici. Alla base della violenza sessuale contro le donne vi è la disparità di genere.

In diversi paesi non esistono dati per la maggior parte delle manifestazioni della violenza sessuale e ovunque si osserva una profonda necessità di studiare tutti gli aspetti di questo tipo di violenza. Altrettanto importanti sono gli interventi. Essi possono essere di diversi tipi, ma quelli fondamentali riguardano la prevenzione primaria della violenza sessuale – finalizzata sia alle donne sia agli uomini – gli interventi di sostegno alle vittime di un'aggressione, le misure che favoriscono l'arresto e la condanna dei responsabili di stupro, nonché strategie volte a modificare le norme sociali e a migliorare lo status delle donne. È fondamentale elaborare interventi specifici per contesti poveri di risorse e valutare in modo rigoroso i programmi che vengono condotti nei paesi industrializzati e in quelli in via di sviluppo.

I professionisti del settore sanitario possono avere un ruolo determinante nel sostenere le vittime di un'aggressione sessuale – sia dal punto di vista medico che da quello psicologico – e nel raccogliere prove utili per i processi. Il settore sanitario è decisamente più efficace nei paesi in cui esistono protocolli e linee guida per la gestione dei casi e la raccolta delle prove, in cui il personale abbia ricevuto una formazione adeguata e in cui esista buona collaborazione con il sistema giudiziario. Infine, per debellare la violenza sessuale sono necessari il forte impegno e il coinvolgimento dei governi e della società civile, insieme alla risposta coordinata di un ampio numero di settori.

Bibliografia

1. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
2. Ellsberg MC. *Candies in hell: domestic violence against women in Nicaragua*. Umeå, Umeå University, 1997.
3. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
4. Jewkes R et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 5:733–744.
5. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571–582.
6. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523–527.

7. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320–324.
8. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563–576.
9. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28:417–425.
10. McCauley J et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
11. Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:451–457.
12. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.
13. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:903–907.
14. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
15. Collett BJ et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:87–92.
16. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1992, 24:4–11.
17. Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:575–582.
18. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 2001, 31:1237–1247.
19. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case–control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198–201.
20. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71:59–65.
21. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1365–1374.
23. Levitan RD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship of neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:1746–1752.
24. Acierno R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:541–563.
25. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 1999, 11:3–20.
26. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65–84.
27. Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12:363–379.
28. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).

29. Swiss S et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:625–629.
30. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Geneva, International Organization for Migration, 1995.
31. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Geneva, International Organization for Migration, 20 January 2001 (Press briefing notes).
32. Dinan K. Owed justice: *Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York, NY, Human Rights Watch, 2000.
33. *The economics of sex*. Geneva, International Labour Organization, 1998 (World of Work, No. 26).
34. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (in press).
35. *The international crime victim survey in countries in transition: national reports*. Rome, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1998.
36. *Victims of crime in the developing world*. Rome, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1998.
37. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
38. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. *Archives of Sexual Behavior*, 1999, 28:265–269.
39. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
40. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. [Reproductive health and violence against women: an analysis from the gender perspective.]* Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Colegio de México, 1996.
41. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1967–1972.
42. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
43. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. *Domination et violences envers la femme dans le couple. [Domination and violence against women in the couple.]* Lausanne, Payot-Editions, 1997.
44. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
45. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
46. Morrison A et al. *The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.
47. Painter K, Farrington DP. Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and nonmarital rape. *International Review of Victimology*, 1998, 5:257–276.
48. *Puerto Rico: encuesta de salud reproductiva 1995–1996. [Puerto Rico: reproductive health survey 1995–1996.]* San Juan, University of Puerto Rico and Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
49. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a population-based study in a primary healthcare district. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:247–253.
50. Heiskanen M, Piispa M. *Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki, Statistics Finland, 1998.
51. Haj Yahia MM. *The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates revealed in two national surveys in Palestinian society*. Ramallah, Besir Centre for Research and Development, 1998.
52. Ilkkaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:66–75.

53. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No.11).
54. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118–123.
55. *Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, praticas e comportamento em saude sexual e reproductiva em uma era de SIDA. [A KAP study in schools: knowledge, attitudes, practices and behaviour regarding sexual and reproductive health during an AIDS era.]* Maputo, Geração Biz and Ministry of Youth and Sport, 1999.
56. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361–367.
57. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:12–18.
58. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29–33.
59. *Adolescents*. (Programme brief on the findings from the Operations research and technical assistance, Africa Project II.) Nairobi, The Population Council, 1998.
60. Halcón L, Beuhring T, Blum R. *A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000*. Minneapolis, MN, University of Minnesota and Pan American Health Organization, 2000.
61. Swart L et al. Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996–1998: findings, evaluation and prevention implications. *South African Journal of Psychology*, 2000, 30:1–10.
62. Greenfeld LA. *Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
63. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, DC, Center for the Study of Intelligence, 1999.
64. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. London, Virago Press, 2001.
65. Benninger-Budel C et al. *Violence against women: a report*. Geneva, World Organization Against Torture, 1999.
66. Migration Information Programme. *Trafficking in women to Italy for sexual exploitation*. Geneva, International Organization for Migration, 1996.
67. Barnard M. Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15:683–705.
68. Church S et al. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524–525.
69. Jenkins C. Street sex workers in Dhaka: their clients and enemies. In: *The Proceedings of the International Conference on Violence Against Women and Children, Dhaka, Bangladesh, June 1998*. Dhaka, 1998.
70. Ayalew T, Berhane Y. Child prostitution: magnitude and related problems. *Ethiopian Medical Journal*, 2000, 38:153–163.
71. Perlez J. For the oppressed sex: brave words to live by. *New York Times*, 6 June 1990.
72. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
73. Nhundu TJ, Shumba A. The nature and frequency of reported cases of teacher perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1517–1534.
74. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú. [Silence and complicity: violence against women in public services in Peru.]* Lima, Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
75. McPhedran M. Sexual abuse in the health professions: who's counting? *World Health Statistics Quarterly*, 1996, 49:154–157.

76. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
77. Thomasson GO. Educating physicians to prevent sexrelated contact with patients. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:419–420.
78. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetriciangynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
79. Fary T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients: almost always harmful. *British Medical Journal*, 1992, 304:1519–1520.
80. Fayad M. *Female genital mutilation (female circumcision)*. Cairo, Star Press, 2000.
81. *Human rights are women's rights*. London, Amnesty International, 1999.
82. Frank MW et al. Virginity examinations in Turkey: role for forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:485–490.
83. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 2002, 359:1681–1685.
84. Sargent C, Rawlins J. Transformations in maternity services in Jamaica. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:1225–1232.
85. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1781–1795.
86. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:767–780.
87. Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1069–1073.
88. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50:130–131.
89. Kisa A, Dziegielewska SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 1996, 9:243–253.
90. Chelala C. Algerian abortion controversy highlights rape of war victims. *Lancet*, 1998, 351:1413.
91. Asia Watch. *Rape in Kashmir: a crime of war*. New York, NY, Human Rights Watch, 1993.
92. Xiau W. Silent consent: Indonesian abuse of women. *Harvard International Review*, 1999, 21:16–17.
93. Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war: a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:612–615.
94. Pacific Women Against Violence. Violence against East Timor women. *Pacific Women's Network Against Violence Against Women*, 2000, 5:1–3.
95. Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
96. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.
97. George A. *Sexual behavior and sexual negotiation among poor women and men in Mumbai: an exploratory study*. Baroda, Sahaj Society for Health Alternatives, 1997.
98. Sharma V, Sujay R, Sharma A. Can married women say no to sex? Repercussions of the denial of the sexual act. *Journal of Family Welfare*, 1998, 44:1–8.
99. *Early marriage: whose right to choose?* London, Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000.
100. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
101. Kumari R, Singh R, Dubey A. *Growing up in rural India: problems and needs of adolescent girls*. New Delhi, Radiant Publishers, 1990.
102. Ahmed EM. *Violence against women: the legal system and institutional responses*. Lahore, AGHS Legal Aid Cell, 1998.
103. Indicators on marriage and marital status. In: *1997 Demographic yearbook*, 49th ed. New York, NY, United Nations Statistics Division, 1999.

104. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, DC, World Bank, 1994 (Discussion Paper No. 255).
105. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
106. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242–250.
107. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:789–803.
108. Fleming J et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:145–159.
109. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
110. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
111. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine* (in press).
112. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 2002, 359:1423–1429.
113. Omorodion FI, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2:37–43.
114. Faune MA. *Centroamerica: los costos de la guerra y la paz*. [Central America: the costs of war and of peace.] Perspectivas, 1997, 8:14–15.
115. International Clinical Epidemiologists Network. *Domestic violence in India: a summary report of a multi-site household survey*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2000.
116. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. New York, NY, Population Council, 1995.
117. *Violence against women: a priority health issue*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FRH/WHO/97.8).
118. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence. Vol. 3. Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1993:377–570.
119. Grisso JA et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341:1899–1905.
120. Abby A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. In: Watson RR, ed. *Drug and alcohol reviews. Vol. 5. Addictive behaviors in women*. Totowa, NJ, Humana Press, 1995.
121. McDonald M, ed. *Gender, drink and drugs*. Oxford, Berg Publishers, 1994.
122. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.
123. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
124. Malamuth NM, Addison T, Koss MP. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and how can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:26–91.
125. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113–146.
126. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
127. Malamuth NM et al. The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59:670–681.
128. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584–589.
129. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

130. Petty GM, Dawson B. Sexual aggression in normal men: incidence, beliefs and personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 1989, 10:355–362.
131. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
132. Gwartney-Gibbs PA, Stockard J, Bohmer S. Learning courtship aggression: the influence of parents, peers and personal experiences. *Family Relations*, 1983, 35:276–282.
133. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea. In: *Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998*. Washington, DC, International Network on Violence Against Women, 1998.
134. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33:197–248.
135. Dobash E, Dobash R. *Women, violence and social change*. London, Routledge, 1992.
136. Wood K, Maepa J, Jewkes R. *Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province*. Pretoria, Medical Research Council, 1997 (Technical Report).
137. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357–359.
138. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
139. Wood K, Jewkes R. “Dangerous” love: reflections on violence among Xhosa township youth. In: Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
140. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural and urban East Africa: implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001, 29:657–671.
141. Madge C. Public parks and the geography of fear. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997, 88:237–250.
142. Pain RH. Social geographies of women’s fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997, 22:231–244.
143. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in crosscultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
144. Ariffin RE. *Shame, secrecy and silence: study of rape in Penang*. Penang, Women’s Crisis Centre, 1997.
145. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
146. Sen P. *Ending the presumption of consent: nonconsensual sex in marriage*. London, Centre for Health and Gender Equity, 1999.
147. Buckley T, Gottlieb A. *Blood magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley, CA, University of California, 1998.
148. Sanday P. The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 1981, 37:5–27.
149. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
150. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
151. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud. [Central America in the 90s: youth problems.]* San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
152. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359:1232–1237.
153. Antrobus P. Reversing the impact of structural adjustment on women’s health. In: Antrobus P et al., eds. *We speak for ourselves: population and development*. Washington, DC, Panos Institute, 1994:6–8.
154. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36:167–174.

155. *Evaluación de proyecto para educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero a diciembre 1990.* [An evaluation of a project to provide education, training and care for women and minors affected by sexual violence, January–December 1990.] Mexico City, Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
156. *Carpeta de información básica para la atención solidaria y feminista a mujeres violadas.* [Basic information file for mutually supportive feminist care for women rape victims.] Mexico City, Centro de Apoyo a Mujeres Violadas, 1985.
157. Roosa MW et al. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:119–130.
158. Stock JL et al. Adolescent pregnancy and sexual risktaking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 1997, 29:200–227.
159. Jenny C et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*, 1990, 322:713–716.
160. Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:270–275.
161. Anteghini M et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:295–302.
162. Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, i:841–845.
163. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
164. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62:333–340.
165. Foa EB et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:194–200.
166. Tarrier N et al. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:571–575.
167. Kilpatrick DG, Edmonds CN, Seymour AK. *Rape in America: a report to the nation.* Arlington, VA, National Victim Center, 1992.
168. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550–555.
169. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:131–142.
170. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362–1368.
171. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93:570–575.
172. Romans SE et al. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:1336–1342.
173. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.
174. Statham DJ et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28:839–855.
175. Heise L. Violence against women: the missing agenda. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, eds. *The health of women: a global perspective.* Boulder, CO, Westview Press, 1993.
176. Ahmad K. Public protests after rape in Pakistani hospital. *Lancet*, 1999, 354:659.
177. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63:948–955.

178. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl. 17):29–34.
179. Meyer CB, Taylor SE. Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50:1226–1234.
180. Christofides N. *Evaluation of Soul City in partnership with the National Network on Violence Against Women (NNVAW): some initial findings*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000.
181. Kelly L, Radford J. Sexual violence against women and girls: an approach to an international overview. In: Dobash E, Dobash R, eds. *Rethinking violence against women*. London, Sage, 1998.
182. Kaufman M. Building a movement of men working to end violence against women. *Development*, 2001, 44:9–14.
183. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford, Strategies for Hope, 1995.
184. *Men as partners*. New York, NY, AVSC International, 1998.
185. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, DC, Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
186. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 1991, 7:363–373.
187. Du Mont J, Parnis D. Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 2000, 19:779–792.
188. McGregor MJ et al. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? *Journal of the Canadian Medical Association*, 1999, 160:1565–1569.
189. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72:200–202.
190. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1999, 10:283–289.
191. Parnis D, Du Mont J. An exploratory study of postsexual assault professional practices: examining the standardised application of rape kits. *Health Care for Women International* (in press).
192. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:359–370.
193. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Social Development Research Center and De La Salle University, 1996.
194. *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.08).
195. Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: France, United Kingdom, and United States, January 1988 to August 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44:929–933.
196. Ippolito G et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1451–1458.
197. Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:641–645.
198. Du Mont J, MacDonald S, Badgley R. *An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario*. Toronto, The Ontario Network of Sexual Assault Care and Treatment Centres, 1997.
199. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive Health Matters*, 1996, 7:46–54.
200. *Safe and secure: eliminating violence against women and girls in Muslim societies*. Montreal, Sisterhood Is Global Institute, 1998.
201. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
202. Flood M. Men's collective anti-violence activism and the struggle for gender justice. *Development*, 2001, 44:42–47.

203. Du Mont J, Myhr TL. So few convictions: the role of client-related characteristics in the legal processing of sexual assaults. *Violence Against Women*, 2000, 6:1109–1136.
204. *Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action*. New York, NY, Women, Peace and Development, United Nations, 2000 (Outcome Document, United Nations General Assembly Special Session, Women 2000: Beijing Plus Five).
205. *Reproductive rights 2000: moving forward*. New York, NY, Center for Reproductive Law and Policy, 2000.
206. Bedont B, Martinez KH. Ending impunity for gender crimes under the International Criminal Court. *The Brown Journal of World Affairs*, 1999, 6:65–85.
207. Coomaraswamy R. *Integration of the human rights of women and the gender perspective. Violence against women*. New York, NY, United Nations Economic and Social Council, Commission on Human Rights, 2000 (Report of the Special Rapporteur on violence against women).
208. Khafagi F. Breaking cultural and social taboos: the fight against female genital mutilation in Egypt. *Development*, 2001, 44:74–78.
209. *Reproductive health effects of gender-based violence*. New York, NY, United Nations Population Fund, 1998 (available on the Internet at <http://www.unfpa.org/about/report/report98/ppgenderbased.htm>.) (Annual Report 1998: programme priorities).
210. *Sierra Leone: rape and other forms of sexual violence against girls and women*. London, Amnesty International, 2000.
211. *Sexual violence against refugees: guidelines on prevention and response*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1995.
212. *Sexual and gender-based violence programme in Guinea*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2001.

7. La violenza autoinflitta

Background

Si ritiene che nell'anno 2000 si siano suicidate circa 815.000 persone in tutto il mondo. Si tratta di un tasso di mortalità globale annuo di circa 14,5 ogni 100.000 individui – o anche un decesso ogni 40 secondi. Il suicidio rappresenta la tredicesima causa di morte a livello mondiale (vedere Appendice statistica, Parte prima). Tra le persone di età compresa tra 15 e 44 anni, le lesioni autoinflitte rappresentano la quarta causa di morte e la sesta causa di cattiva salute e disabilità (1).

I decessi dovuti al suicidio costituiscono solo una parte di questo grave problema. Oltre a coloro che muoiono, un numero ancora superiore di persone sopravvive al tentativo di suicidarsi o di farsi nel male, spesso però in situazioni così gravi da aver bisogno di assistenza medica (2). Ogni persona che si suicida, inoltre, lascia dietro di sé molti altri – famiglia e amici – le cui vite vengono profondamente sconvolte dal punto di vista affettivo, sociale ed economico. Si ritiene che i costi economici associati alla morte o alle lesioni autoinflitte siano nell'ordine di miliardi di dollari USA ogni anno (3).

Come viene definito il suicidio?

Il comportamento suicidario comprende il semplice pensiero di mettere fine alla propria vita, l'elaborazione di un progetto di suicidio e l'acquisizione dei mezzi per realizzarlo, il tentativo di uccidersi nonché l'effettiva realizzazione dell'atto ("suicidio completo").

Il termine "suicidio" in se stesso evoca un collegamento diretto a violenza e aggressività. Apparentemente, Sir Thomas Browne fu il primo a coniare il termine "suicidio" nel suo *Religio medici* (1642). Medico e filosofo, Browne elaborò il vocabolo sul latino *sui* (di se stesso) e *caedere* (uccidere). Il nuovo termine rifletteva la volontà di distinguere l'omicidio di se stesso e l'uccisione di un'altra persona (4).

Una famosa definizione di suicidio è quella che compare nell'edizione del 1973 dell'Enciclopedia Britannica, riportata da Shneidman: "L'atto umano di autoinfliggersi la cessazione della propria vita" (5). Indubbiamente, l'intenzione di morire costituisce l'elemento chiave in qualsiasi definizione di suicidio. È spesso estremamente difficile, tuttavia, ricostruire i pensieri di chi commette suicidio se prima della morte il soggetto non ha espressamente dichiarato la propria intenzione o lasciato qualcosa di scritto. Non sempre chi sopravvive a un atto suicida aveva intenzione di vivere, né tutti i suicidi sono programmati. Stabilire una correlazione tra intenzione e risultato può quindi essere un problema. In molti sistemi legali, una morte è certificata come suicidio se le circostanze sono compatibili con il suicidio e se è possibile escludere omicidio, morte accidentale e cause naturali.

Vi sono state molte discussioni in merito alla terminologia più adeguata per descrivere il comportamento suicidario. Recentemente, è stato proposto il termine "comportamento suicidario mortale", basato sul risultato, per gli atti che si concludono con la morte – e analogamente "comportamento suicidario non mortale" per le azioni suicide che non determinano la morte (6). Tali azioni vengono spesso definite anche "tentato suicidio" (un termine comune negli Stati Uniti), "parasuicidio" e "autolesionismo deliberato" (termini comuni in Europa).

Il termine “ideazione suicidaria” è spesso utilizzato nella letteratura specialistica e si riferisce al pensiero di uccidersi, a vari livelli di intensità ed elaborazione. Nella letteratura il termine si riferisce anche alla sensazione di stanchezza nei confronti della vita, alla convinzione che non valga la pena di vivere e al desiderio di non svegliarsi dal sonno (7, 8). Sebbene questi sentimenti – o ideazioni – differenti esprimano diversi livelli di gravità, non esiste necessariamente un *continuum* tra di loro. Inoltre, l'intenzione di morire non costituisce un criterio necessario per un comportamento suicidario non mortale.

Un'altra forma comune di violenza autoinflitta è l'automutilazione. Si tratta della diretta e deliberata distruzione o alterazione di parti del corpo senza una conscia intenzione suicida. Favazza (9) ha proposto tre categorie principali:

- Automutilazione maggiore – inclusi autoaccecamento e amputazione di dita, mani, braccia, arti, piedi o genitali.
- Automutilazione secondo stereotipi – ad esempio battere la testa, mordersi, picchiarsi, cacciarsi un dito negli occhi o in gola, tirarsi i capelli.
- Automutilazione superficiale o moderata – ad esempio tagli, graffi, ustioni, pungersi con un ago o tirarsi i capelli in modo compulsivo.

L'automutilazione riguarda fattori molto diversi rispetto al comportamento suicidario e non verrà discussa ulteriormente in questa sede. Per un'indagine più approfondita sulla mutilazione, vedere Favazza (9).

Le dimensioni del problema

Comportamento suicidario mortale

I tassi nazionali di suicidio variano in modo notevole (Tabella 7.1). Tra i paesi che comunicano il proprio tasso di suicidio all'OMS, quelli che presentano il valore più elevato sono i paesi dell'Europa orientale (ad esempio Bielorussia 41,5 ogni 100.000 individui, Estonia 37,9 ogni 100.000, Lituania 51,6 ogni 100.000 e Federazione Russa 43,1 ogni 100.000). Sono stati segnalati tassi di suicidio elevati anche nello Sri Lanka (37 ogni 100.000 nel 1996), in base ai dati dell'Ufficio Regionale OMS per l'Asia sud-orientale (10). Tassi contenuti si riscontrano soprattutto in America latina (precisamente in Colombia 4,5 ogni 100.000 individui e in Paraguay 4,2 ogni 100.000 individui) e in alcuni paesi dell'Asia (ad esempio nelle Filippine 2,1 ogni 100.000 e in Thailandia 5,6 ogni 100.000). Paesi in altre zone d'Europa, in America del Nord e in zone dell'Asia e del Pacifico tendono a posizionarsi in mezzo ai due estremi (ad esempio i tassi ogni 100.000 individui sono: Australia 17,9, Belgio 24,0, Canada 15,0, Finlandia 28,4, Francia 20,0, Germania 14,3, Giappone 19,5, Svizzera 22,5 e Stati Uniti 13,9). Sfortunatamente sono disponibili poche informazioni relative al suicidio nei paesi dell'Africa (11).

Due paesi, Finlandia e Svezia, dispongono di dati sui tassi di suicidio che risalgono al XVIII secolo ed entrambi evidenziano una tendenza all'aumento di tali tassi nel tempo (12). Nel corso del XX secolo Finlandia, Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Scozia, Spagna e Svezia hanno vissuto un aumento significativo dei suicidi, mentre Inghilterra e Galles (dati congiunti), Italia, Nuova Zelanda e Svizzera hanno osservato una riduzione. In Australia non si è verificato nessuno cambiamento significativo (12). Nel periodo 1960-1990, almeno 28 paesi o territori hanno evidenziato valori in aumento, ad esempio Bulgaria, Cina (provincia di Taiwan), Costa Rica, Mauritius e Singapore, mentre otto hanno segnalato una riduzione, tra cui Australia, Inghilterra e Galles (dati congiunti) (12).

Tabella 7.1 **Tassi di suicidio corretti per età in base ai paesi:
dati disponibili più recenti^(a)**

Paese o area	Anno	Numero totale di decessi	Tasso di suicidio ogni 100.000 individui			
			Totale	Maschi	Femmine	Rapporto maschi / femmine
Albania	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Argentina	1996	2.245	8,7	14,2	3,9	3,6
Armenia	1999	67	2,3	3,6	— ^b	— ^b
Australia	1998	2.633	17,9	28,9	7,0	4,1
Austria	1999	1.555	20,9	32,7	10,2	3,2
Azerbaigian	1999	54	1,1	1,7	— ^b	— ^b
Bielorussia	1999	3.408	41,5	76,5	11,3	6,7
Belgio	1995	2.155	24,0	36,3	12,7	2,9
Bosnia ed Erzegovina	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Brasile	1995	6.584	6,3	10,3	2,5	4,1
Bulgaria	1999	1.307	16,4	26,2	7,7	3,4
Canada	1997	3.681	15,0	24,1	6,1	3,9
Cile	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
Cina						
Hong Kong SAR	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Aree rurali e urbane selezionate	1999	16.836	18,3	18,0	18,8	1,0
Colombia	1995	1.172	4,5	7,4	1,8	4,1
Costa Rica	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Croazia	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Cuba	1997	2.029	23,0	32,1	14,2	2,3
Danimarca	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Ecuador	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
Estonia	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Ex Repubblica Iugoslava di Macedonia	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Finlandia	1998	1.228	28,4	45,8	11,7	3,9
Francia	1998	10.534	20,0	31,3	9,9	3,2
Federazione Russa	1998	51.770	43,1	77,8	12,6	6,2
Filippine	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6
Georgia	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Germania	1999	11.160	14,3	22,5	6,9	3,3
Giappone	1997	23.502	19,5	28,0	11,5	2,4
Grecia	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Irlanda	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Israele	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Italia	1997	4.694	8,4	13,4	3,8	3,5
Kazakistan	1999	4.004	37,4	67,3	11,6	5,8
Kirghizistan	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Kuwait	1999	47	2,0	2,2	— ^b	— ^b
Lettonia	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Lituania	1999	1.552	51,6	93,0	15,0	6,2

Tabella 7.1 (*continua*)

Paese o area	Anno	Numero totale di decessi	Tasso di suicidio ogni 100.000 individui			
			Totale	Maschi	Femmine	Rapporto maschi / femmine
Mauritius	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
Messico	1997	3.369	5,1	9,1	1,4	6,3
Nicaragua	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Norvegia	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7
Nuova Zelanda	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Paesi Bassi	1999	1.517	11,0	15,2	7,1	2,1
Panama (esclusa la zona del canale)	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Paraguay	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Polonia	1995	5.499	17,9	31,0	5,6	5,5
Portogallo	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Portorico	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Regno Unito	1999	4.448	9,2	14,6	3,9	3,8
Inghilterra e Galles	1999	3.690	8,5	13,4	3,6	3,7
Irlanda del Nord	1999	121	9,9	17,0	— ^b	— ^b
Scozia	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
Repubblica Ceca	1999	1 610	17,5	30,1	6,3	4,8
Repubblica di Corea	1997	6 024	17,1	25,3	10,1	2,5
Repubblica di Moldavia	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Romania	1999	2.736	14,3	24,6	4,8	5,1
Salvador	1993	429	11,2	16,3	6,8	2,4
Singapore	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Slovacchia	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Slovenia	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
Spagna	1998	3.261	8,7	14,2	3,8	3,8
Svezia	1996	1.253	15,9	22,9	9,2	2,5
Svizzera	1996	1.431	22,5	33,7	12,3	2,7
Tagikistan	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Thailandia	1994	2.333	5,6	8,0	3,3	2,4
Trinidad e Tobago	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8
Turkmenistan	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Ucraina	1999	14.452	33,8	61,8	10,1	6,1
Stati Uniti	1998	30.575	13,9	23,2	5,3	4,4
Ungheria	1999	3.328	36,1	61,5	14,4	4,3
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Uzbekistan	1998	1.620	10,6	17,2	4,4	3,9
Venezuela	1994	1.089	8,1	13,7	2,7	5,0

SAR: Regione Amministrativa Speciale (*Special Administrative Region*).

a. Anno più recente disponibile tra il 1990 e il 2000 per paesi con popolazione ≥ 1 milione di persone.

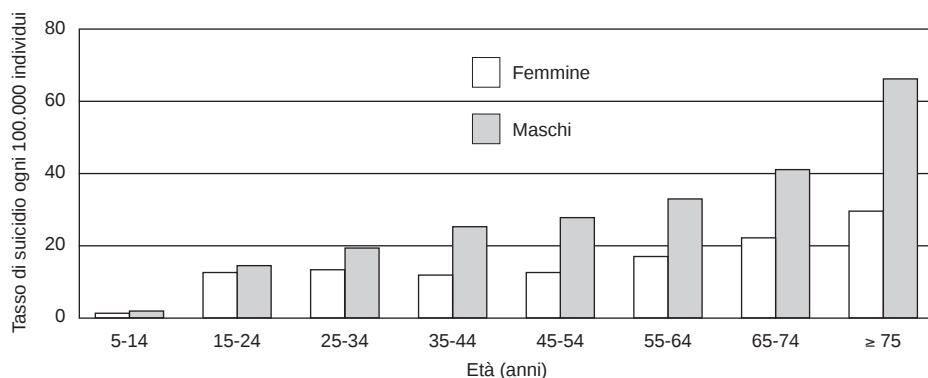
b. Riportati meno di 20 decessi; tasso e rapporto non calcolati.

I tassi di suicidio non sono distribuiti in modo uniforme su tutta la popolazione. Un importante segno demografico del rischio di suicidio è costituito dall'età. A livello globale, i tassi di suicidio tendono ad aumentare con l'età, sebbene alcuni paesi – come ad esempio il Canada – abbiano recentemente sperimentato un picco secondario nei giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni. La Figura 7.1 mostra i tassi globali registrati in base all'età e al sesso nel 1995. Questi tassi variano da 0,9 ogni 100.000 individui nel gruppo di età compresa tra 5 e 14 anni a 66,9 ogni 100.000 tra le persone di età uguale o superiore a 75 anni. In generale, i tassi di suicidio tra le persone di età uguale o superiore a 75 anni sono mediamente triplicati rispetto a quelli relativi ai giovani di età compresa tra 15 e 24 anni. Questa tendenza si riscontra in entrambi i sessi, ma è più netta tra gli uomini. Per quanto riguarda le donne, i tassi di suicidio presentano modalità diverse. In alcuni casi, essi aumentano in modo costante con l'età, in altri si concentrano soprattutto nella mezza età e in altri ancora, soprattutto nei paesi in via di sviluppo e nei gruppi minoritari, si concentrano nella prima età adulta (13).

Sebbene i tassi di suicidio siano solitamente più elevati tra gli anziani, il numero assoluto di casi registrati è in realtà più elevato tra gli individui di età inferiore a 45 anni piuttosto che tra quelli di età superiore, in base alle distribuzioni demografiche (Tabella 7.2). Si tratta di un cambiamento importante rispetto a cinquant'anni fa, quando il numero assoluto di casi di suicidio aumentava indicativamente con l'età. Non si tratta di un modello che può essere spiegato dall'invecchiamento generale della popolazione a livello globale; in realtà, si muove in senso opposto a questa tendenza demografica. Attualmente, i tassi di suicidio sono già più elevati tra gli individui di età inferiore a 45 anni rispetto a quelli di età superiore in circa un terzo di tutti i paesi, un fenomeno che pare esistere in tutti i continenti e che non è collegato ai livelli di industrializzazione o di ricchezza. Tra i paesi e le aree in cui i tassi di suicidio (così come il numero assoluto di casi) seguono l'andamento descritto, vi sono Australia, Bahrein, Canada, Colombia, Ecuador, Guyana, Kuwait, Mauritius, Nuova Zelanda, Sri Lanka e Regno Unito. I tassi di suicidio tra i giovani sono particolarmente elevati in diverse isole del Pacifico, come ad esempio le Fiji (tra gli indiani autoctoni) e Samoa, per entrambi i sessi (14).

Sesso, cultura, razza ed etnia costituiscono altri importanti fattori per l'epidemiologia del

Figura 7.1 **Tassi globali di suicidio in base a età e sesso, 1995**



suicidio. I tassi di suicidio sono più elevati tra gli uomini rispetto alle donne. Il rapporto di tali valori tra gli uomini rispetto a quello delle donne varia da 1,0:1 a 10,4:1 (Tabella 7.1). Questo rapporto sembra essere condizionato, in parte, dal contesto culturale. È relativamente contenuto in alcune parti dell'Asia (ad esempio 1,0:1 in Cina, 1,6:1 nelle Filippine, 1,5:1 a Singapore), elevato in diversi paesi dell'ex Unione Sovietica (6,7:1 in Bielorussia, 6,2:1 in Lituania), e molto elevato in Cile (8,1:1) e Portorico (10,4:1). Mediamente, sembra che si verifichino tre suicidi maschili ogni suicidio femminile e che ciò valga per tutti i gruppi di età, tranne quello degli anziani molto avanti negli anni, in cui sembra che gli uomini abbiano tassi ancora più elevati. A livello generale, sembra che la differenza tra i sessi in termini di tassi di suicidio sia minore nei paesi asiatici (15) rispetto a qualsiasi altro paese nel mondo. Le differenze spesso notevoli dei tassi tra diversi paesi e tra i due sessi evidenziano quanto sia importante che ogni paese controlli le proprie tendenze epidemiologiche per individuare i gruppi di popolazione che presentano un rischio di suicidio più elevato.

All'interno di uno stesso paese, la prevalenza del suicidio tra i caucasici è approssimativamente doppia rispetto a quella osservata nelle altre razze, sebbene recentemente negli Stati Uniti sia stato osservato un aumento tra gli afroamericani. L'esistenza di un tasso di suicidio più elevato tra gli individui di razza bianca è stata segnalata anche in Sudafrica e nello Zimbabwe (16). Eccezioni a questo modello sono state riscontrate nelle repubbliche dell'ex Unione Sovietica di Armenia, Azerbaigian e Georgia (17).

L'appartenenza allo stesso gruppo etnico sembra essere associata a tassi di suicidio simili, come dimostrato dall'interessante esempio relativo a Estonia, Finlandia e Ungheria, paesi in cui i tassi sono molto elevati, anche se l'Ungheria è geograficamente distante da Estonia e Finlandia. Al contrario, gruppi etnici differenti – anche se vivono nella stessa area – possono presentare tassi di suicidio decisamente diversi. A Singapore, ad esempio, i cinesi e gli indiani presentano tassi decisamente più elevati rispetto ai malesi (18).

I tassi di suicidio sono spesso più elevati nei gruppi indigeni, ad esempio in alcuni gruppi indigeni in Australia (19), Cina (provincia di Taiwan) (20) e America settentrionale (21) (Box 7.1).

Cautela nell'uso dei dati relativi al suicidio

La modalità di registrazione dei decessi è profondamente diversa in ogni paese e ciò rende estremamente difficile la comparazione dei tassi di suicidio tra i vari paesi. Anche negli stati in cui sono stati elaborati criteri standard, ad esempio in Australia, il modo in cui tali criteri

Tabella 7.2 **Percentuale di tutti i suicidi, in base a età e sesso, 1995^(a)**

	Età anni								Totale
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥ 75	
Maschi	0,7	12,7	18,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Femmine	0,9	13,3	15,0	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Tutti	0,8	12,8	17,5	19,2	16,4	13,9	10,7	8,7	100

a. In base ai dati dei paesi che li segnalano all'Organizzazione Mondiale della Sanità: anno disponibile più recente tra il 1990 e il 2000.

Box 7.1 Il suicidio tra le popolazioni indigene: i casi dell'Australia e del Canada

Negli ultimi 20-30 anni, i tassi di suicidio sono decisamente aumentati tra le popolazioni indigene sia in Australia sia in Canada. In Australia, il suicidio tra le popolazioni di aborigeni e di isolani dello Stretto di Torres era ritenuto estremamente raro. Poco più di un quarto di questi individui vive nello stato di Queensland. Il tasso globale di suicidio nel Queensland per il periodo 1990-1995 era 14,5 ogni 100.000, mentre quello relativo agli aborigeni e alle popolazioni isolate dello Stretto di Torres era 23,6 ogni 100.000.

I suicidi tra gli australiani indigeni si concentrano decisamente tra i giovani maschi. Nel Queensland, l'84% di tutti i suicidi tra gli indigeni si è verificato tra uomini di età compresa tra 15 e 34 anni e il tasso per gli uomini di età compresa tra 15 e 24 anni era 112,5 ogni 100.000 individui (22). Il metodo di suicidio decisamente più utilizzato è l'impiccagione.

Nell'Artico canadese settentrionale, sono stati segnalati in diversi studi tassi di suicidio tra gli eschimesi tra 59,5 e 74,3 ogni 100.000 individui, rispetto a un tasso di circa 15,0 ogni 100.000 nella popolazione generale. I giovani eschimesi maschi presentano il rischio più elevato e il relativo tasso è in aumento. Sono stati segnalati tassi pari a 195 ogni 100.000 individui tra i soggetti di età compresa tra 15 e 25 anni (23).

Sono state suggerite diverse spiegazioni per tassi così elevati di suicidio e comportamento suicidario tra le popolazioni indigene. Tra le cause proposte vi sono il profondo sconvolgimento sociale e culturale provocato dalla politica colonialista e le difficoltà affrontate da sempre dalle popolazioni indigene per adeguarsi e integrarsi nelle società moderne.

In Australia, i gruppi aborigeni sono stati oggetto di leggi razziali restrittive e di discriminazione negli anni sessanta. Quando tali leggi, comprese le limitazioni sulla vendita di alcolici, sono state tolte in breve tempo negli anni settanta, i rapidi mutamenti sociali nella popolazione indigena prima oppressa hanno dato luogo a instabilità nella comunità e nella vita familiare. Questo problema si protrae da allora, con elevati livelli di criminalità, delinquenza e arresti, violenza e incidenti, dipendenza da alcool e abuso di sostanze, nonché un tasso di omicidio dieci volte superiore a quello della popolazione generale.

Nell'Artico canadese all'inizio del XIX secolo le epidemie sconvolsero la regione nel momento in cui arrivarono i primi stranieri – balenieri e cacciatori di pelli – causando la perdita di decine di migliaia di vite umane e lasciando una popolazione ridotta di due terzi nel 1900. Negli anni trenta il commercio delle pelli era ormai crollato, e il Canada introdusse l'assistenza sociale nella regione artica. Negli anni quaranta e cinquanta arrivarono i missionari e tentarono di assimilare gli eschimesi. Le febbrili esplorazioni alla ricerca del petrolio, iniziate nel 1959, contribuirono ulteriormente alla disintegrazione sociale.

La ricerca sul suicidio tra gli eschimesi del Canada ha individuato diversi fattori come probabili cause indirette di suicidio, tra cui:

- povertà;
- separazione infantile e perdite;
- accessibilità alle armi da fuoco;
- abuso e dipendenza dall'alcool;
- storia di problemi di salute personali o familiari;
- precedente abuso sessuale o fisico.

Sono attualmente in atto sforzi, sia in Australia sia in Canada, per affrontare il problema del comportamento suicidario tra le popolazioni indigene. In Australia, la strategia nazionale di prevenzione dei suicidi tra i giovani contempla diversi programmi per questo gruppo di popolazione. Tali programmi sono elaborati in modo tale da occuparsi dei bisogni specifici dei giovani indigeni e vengono condotti in collaborazione con organizzazioni che rappresentano gli interessi degli indigeni, quali il Consiglio di coordinamento aborigeno.

Misure costruttive per prevenire il suicidio nell'Artico canadese comprendono migliori risposte alle crisi, nuovo sviluppo comunitario su ampia scala e progresso verso l'autogoverno nelle aree indigene. Il primo aprile 1999 è stato creato il nuovo e vasto territorio di Nunavut, che ha garantito l'autodeterminazione alla popolazione eschimese locale e ripristinato alcuni dei suoi diritti e tradizioni.

vengono applicati può variare notevolmente (24). Talvolta è possibile che si ottengano stime errate dei tassi di suicidio a causa di circostanze estremamente semplici, quali ad esempio scadenze di calendario imposte dal governo per la pubblicazione delle statistiche ufficiali o ritardi dovuti a inchieste medico-legali. A Hong Kong SAR, in Cina, ad esempio, si ritiene che i suicidi siano sottostimati con una percentuale variabile tra il 5% e il 18% esclusivamente per motivi di questo genere (25).

Anche all'interno di uno stesso paese, i tassi di suicidio segnalati possono variare in base alla fonte dei dati. In Cina, ad esempio, le stime variano da 18,3 ogni 100.000 individui (dati dichiarati all'OMS), a 22 ogni 100.000 (dati del Ministero della Salute), sino a 30 ogni 100.000 (statistiche dell'Accademia cinese di medicina preventiva) (26).

I dati sulla mortalità dovuta a suicidio solitamente sottostimano l'effettiva prevalenza del suicidio in una popolazione. Tali dati rappresentano il prodotto finale di una catena di informatori, tra cui coloro (spesso membri della famiglia) che trovano il corpo, medici, agenti di polizia, pubblici ufficiali ed esperti di statistica. Ognuno di loro può essere restio a definire la morte come suicidio. È probabile che ciò sia particolarmente vero nelle aree in cui gli atteggiamenti religiosi e culturali condannano tale pratica. Tuttavia, Cooper e Milroy (27) hanno segnalato una sottostima del suicidio del 40% nei registri ufficiali in alcune regioni dell'Inghilterra. È possibile che un suicidio venga nascosto per evitare la stigmatizzazione di chi si è suicidato o della sua famiglia, per convenienza sociale, per ragioni politiche, per beneficiare di eventuali polizze assicurative o perché è stato deliberatamente mascherato da incidente da parte della persona che lo ha commesso – ad esempio da incidente stradale. Un suicidio può inoltre essere erroneamente classificato come morte per causa non determinata o per cause naturali, ad esempio quando un individuo – soprattutto nel caso degli anziani – non assume i farmaci necessari al controllo della propria patologia.

Il suicidio può non essere accertato in modo ufficiale quando un tossicodipendente assume un'overdose, quando un individuo si lascia morire di fame [in quella che viene definita "erosione suicidaria" (28)], o quando le persone muoiono qualche tempo dopo un tentativo di suicidio. In questi casi, così come nei casi di eutanasia o di suicidio assistito, la causa clinica della morte è solitamente quella che viene ufficialmente registrata. L'insufficienza delle segnalazioni è inoltre legata all'età, e il fenomeno è solitamente molto più frequente tra gli anziani. Nonostante tutte queste avvertenze, è stato affermato che la classificazione relativa dei tassi di suicidio nazionali è ragionevolmente accurata.

Comportamento e ideazione suicidaria non mortale

Solo un numero relativamente limitato di paesi possiede dati attendibili sul comportamento suicidario non mortale e la ragione principale è la difficoltà nel raccogliere informazioni. Soltanto una minoranza di quanti hanno tentato il suicidio si reca presso una struttura sanitaria chiedendo assistenza. Inoltre, in molti paesi in via di sviluppo il tentativo di suicidio è un crimine perseguibile e gli ospedali pertanto non registrano i casi. Inoltre, in altre situazioni non è necessario tenere un registro delle lesioni e quindi le informazioni relative non vengono raccolte ad alcun livello. Anche altri fattori possono condizionare la registrazione, ad esempio l'età, il metodo utilizzato, la cultura e la possibilità di accesso alle strutture sanitarie. In breve, nella maggior parte dei paesi non si hanno conoscenze chiare della gamma dei tentativi di suicidio.

Alcune evidenze suggeriscono che in media solo il 25% di chi tenta il suicidio entra in contatto con un ospedale pubblico (probabilmente uno dei contesti migliori per la raccolta dei dati) (29, 30), e non si tratta necessariamente dei casi più gravi. I casi registrati rappresentano

pertanto solo la punta dell'iceberg e la grande maggioranza dei suicidi rimane sconosciuta (31). Diverse istituzioni, compresi i centri nazionali per il controllo e la prevenzione degli incidenti, i dipartimenti di statistica e, in molti paesi, i dipartimenti della giustizia, tengono registri degli eventi non mortali schedati dai servizi sanitari. Tali registri forniscono dati utili per la ricerca e la prevenzione, poiché chi tenta il suicidio presenta un rischio elevato di ulteriore comportamento suicidario, sia mortale sia non mortale. I funzionari della sanità pubblica si basano anche su analisi dei registri ospedalieri, indagini di popolazione e studi specialistici, fonti che spesso comprendono dati altrimenti mancanti nei sistemi che registrano i dati di mortalità.

I numeri disponibili mostrano – sia in relazione alle dimensioni del gruppo di popolazione sia in numeri assoluti – che il comportamento suicidario non mortale ha una prevalenza maggiore tra i giovani piuttosto che tra gli anziani. Si ritiene solitamente che il rapporto tra comportamento suicidario mortale e non mortale nelle persone di età superiore a 65 anni sia nell'ordine di 1:2-3, mentre nei giovani di età inferiore a 25 anni può raggiungere 1:100-200 (32, 33). Sebbene il comportamento suicidario sia meno frequente negli anziani, la probabilità di un esito mortale è molto più elevata (28, 34). In media, i tentativi di suicidio nella vecchiaia sono, in termini psicologici e medici, più gravi e il “fallimento” di un tentativo di suicidio è spesso dovuto al caso. Inoltre, come tendenza generale, i numeri relativi al comportamento suicidario non mortale tendono a essere 2-3 volte più elevati nelle donne rispetto agli uomini. La Finlandia, invece, rappresenta un'importante eccezione a questa tendenza (35).

I dati relativi a uno studio sovranazionale attualmente in atto in 13 paesi sul comportamento suicidario non mortale mostrano come nel periodo 1989-1992 il tasso medio standardizzato per età più elevato relativo al tentativo di suicidio negli uomini è stato osservato a Helsinki, in Finlandia (314 ogni 100.000 individui), mentre quello più contenuto (45 ogni 100.000) a Guipúzcoa, in Spagna – sette volte inferiore. A parte un'eccezione, quella osservata a Helsinki, i tassi di tentativo di suicidio erano più elevati tra le donne rispetto agli uomini. Nella maggior parte dei centri, i tassi più elevati sono stati osservati nei gruppi più giovani, mentre i tassi relativi agli individui di età uguale o superiore a 55 anni erano solitamente i più contenuti. Il metodo più comune consisteva nell'avvelenamento, seguito dalle ferite da taglio. Più della metà di coloro che tentano il suicidio riprovano una seconda volta e circa il 20% dei secondi tentativi si verifica entro dodici mesi dal primo.

I dati di un campione longitudinale, rappresentativo di circa 10.000 adolescenti di età compresa tra 12 e 20 anni in Norvegia, hanno evidenziato come l'8% avesse tentato suicidio e il 2,7% avesse compiuto questo tentativo durante i due anni del periodo studiato. Analisi dei dati con la regressione logistica hanno osservato come la probabilità di un tentativo di suicidio fosse superiore nel caso il soggetto avesse già tentato il suicidio precedentemente, fosse di sesso femminile, nel periodo della pubertà, avesse avuto pensieri di ideazione suicidaria, fosse dedito al bere, non vivesse con entrambi i genitori o avesse un basso livello di autostima (36).

I pensieri di ideazione del suicidio sono più comuni dei tentativi di suicidio o dei suicidi con esito mortale (8). Tuttavia, non se ne conosce ancora la diffusione. Un'analisi degli studi pubblicati dopo il 1985 su popolazioni adolescenti (in particolare studenti delle scuole secondarie) ha indicato come una percentuale compresa tra il 3,5% e il 52,1% degli adolescenti riferisca pensieri suicidari (31). È possibile che queste profonde differenze di percentuale si spieghino con l'uso di differenti definizioni di ideazione suicidaria e con la diversità dei periodi analizzati dagli studi. Esistono prove del fatto che le donne, comprese quelle anziane, sono più portate ad avere pensieri suicidari rispetto agli uomini (37). Globalmente, la prevalenza dell'ideazione suicidaria tra gli adulti più anziani di entrambi i sessi è stata valutata tra il 2,3% (rela-

tiva a coloro che hanno avuto pensieri suicidari nelle ultime due settimane) e il 17% (relativa a chi ha avuto un pensiero suicida nel corso della vita) (38). Tuttavia, se paragonata ad altre forme di comportamento suicidario – ad esempio con il tentativo di suicidio – l'ideazione suicidaria non rappresenta un indicatore utile per individuare gli adolescenti e gli adulti che hanno più bisogno di servizi di prevenzione.

Quali sono i fattori di rischio per il comportamento suicidario?

Il comportamento suicidario ha un ampio numero di cause. I fattori che determinano il rischio di suicidio sono complessi e interagiscono l'uno con l'altro. Individuare questi fattori e comprenderne il ruolo nell'ambito del comportamento suicidario mortale e di quello non mortale rappresenta un impegno centrale per la prevenzione dei suicidi. Gli epidemiologi e gli esperti di suicidio hanno descritto un certo numero di caratteristiche specifiche strettamente associate a un rischio più elevato di comportamento suicidario. A parte i fattori demografici – quali età e sesso, entrambi già menzionati – queste caratteristiche specifiche comprendono fattori psichiatrici, biologici, sociali e ambientali, così come fattori legati alla storia personale di un individuo.

Fattori psichiatrici

Gran parte di ciò che si sa sul rischio di suicidio proviene da studi in cui i ricercatori hanno intervistato un genitore o un altro parente stretto o un amico del suicida per individuare gli eventi specifici e i sintomi psichiatrici che la vittima aveva vissuto nelle settimane o nei mesi che avevano preceduto la morte. Questo genere di lavoro è conosciuto come “autopsia psicologica”. Grazie a questo approccio, la ricerca ha mostrato che molti adulti che si suicidano manifestano segni o sintomi indicativi di una condizione psichiatrica mesi o addirittura anni prima della morte (39, 40).

Alcuni dei principali fattori psichiatrici e psicologici associati al suicidio sono (41-48):

- depressione maggiore;
- altri disturbi dell'umore [affettivi], come il disturbo bipolare (una condizione caratterizzata da periodi di depressione che si alternano a periodi di eccitamento – o mania – in cui entrambi gli stati possono durare giorni o addirittura mesi);
- schizofrenia;
- ansia e disturbi del comportamento e della personalità;
- impulsività;
- senso di disperazione.

La depressione ha un ruolo importante nel suicidio e si ritiene che sia coinvolta in una percentuale variabile tra il 65% e il 90% di tutti i suicidi con patologie psichiatriche (42). Tra i pazienti che soffrono di depressione sembra che il rischio sia più elevato quando non seguono la terapia, si considerano inguaribili o sono considerati inguaribili dagli specialisti (43) (Box 7.2). Il rischio di suicidio per tutta la durata della vita nelle persone affette da depressione maggiore e bipolare è stato valutato intorno al 12-15% (44, 45), sebbene una recente analisi delle evidenze abbia suggerito un livello di rischio decisamente inferiore (46).

La schizofrenia rappresenta un'altra condizione psichiatrica con un'elevata associazione con il suicidio e il rischio per tutta la durata della vita in questo caso è valutato intorno al 10-12% (47). Il rischio è particolarmente elevato in pazienti maschi giovani, pazienti ai primi stadi della malattia – soprattutto nel caso di individui con buone performance dal punto di vista

mentale e sociale prima dell'insorgere della malattia, pazienti con recidive croniche e pazienti con paura di "disintegrazione mentale" (48).

Anche altri fattori, quali sentimenti di disperazione e di impotenza, aumentano il rischio di commettere suicidio. In uno studio longitudinale durato dieci anni condotto negli Stati Uniti, ad esempio, Beck et al. (49) hanno evidenziato l'importanza del senso di disperazione come fondamentale segno di predizione di un comportamento suicidario. In questo studio, la mancanza di aspettative per il futuro ha individuato correttamente il 91% dei soggetti che in seguito si sono suicidati.

Anche l'abuso di alcool e droghe ha un ruolo importante nel suicidio. Negli Stati Uniti viene segnalato che almeno un quarto di tutti i suicidi è correlato all'abuso di alcool (50). Il rischio di suicidio per tutta la durata della vita per chi è dipendente dall'alcool non è di molto inferiore a quello osservato negli individui con disturbi depressivi (50). Ci sono, tuttavia, diversi stretti legami tra abuso di alcool e depressione ed è spesso difficile distinguere tra le due condizioni quella più importante. Ad esempio:

- L'abuso di alcool può condurre alla depressione direttamente o indirettamente attraverso il senso di declino e di fallimento vissuto dalla maggior parte delle persone che ne sono coinvolte.
- L'abuso di alcool può costituire una forma di autocura per alleviare la depressione.

Box 7.2 Depressione e suicidio

La depressione è il disturbo mentale più frequentemente associato al suicidio. L'ansia, una forza determinante nel processo che porta al suicidio, è strettamente intrecciata con la depressione e i due disturbi sono talvolta indistinguibili. Alcuni studi hanno rivelato che una percentuale fino all'80% di chi si è suicidato presentava diversi sintomi di depressione.

Persone di tutte le età possono soffrire di depressione. È comunque solitamente difficile individuare la depressione negli uomini che, in ogni caso, si rivolgono al medico più raramente rispetto alle donne. La depressione negli uomini è talvolta preceduta da diversi tipi di abuso e violenza, sia in famiglia sia all'esterno. Il trattamento della depressione negli uomini è di grande importanza, poiché il suicidio in molte culture è in gran parte un fenomeno maschile.

Tra i bambini e gli adolescenti la natura della depressione è solitamente diversa da quella che si riscontra negli adulti. I giovani depressi hanno un atteggiamento più portato a "manifestare" – attraverso assenze da scuola, peggioramento dei voti, cattivo comportamento, violenza e abuso di alcool o droghe – nonché a dormire e mangiare più del necessario. Contemporaneamente, il rifiuto di mangiare e il comportamento anoressico nei giovani sono spesso in combinazione con la depressione, soprattutto nelle ragazze, ma anche nei maschi. Questi gravi disturbi alimentari sono essi stessi associati a un più elevato rischio di suicidio.

La depressione spesso ha manifestazioni fisiche, soprattutto negli anziani, ad esempio disturbi di stomaco, vertigini, palpitazioni e dolori in diverse parti del corpo. La depressione negli anziani può accompagnare altre malattie e disturbi, quali ictus, infarto, cancro, reumatismi, morbo di Parkinson o malattia di Alzheimer.

La tendenza al suicidio si può ridurre se la depressione e l'ansia vengono trattate. Diversi studi hanno confermato gli effetti positivi degli antidepressivi e di diverse forme di psicoterapia, soprattutto la terapia cognitivo-comportamentale. Si è osservato come offrire un valido sostegno psicosociale agli anziani, compreso l'uso di un telefono per contattare gli operatori sociali e sanitari nonché altre persone, determini una significativa riduzione della depressione e del numero di morti per suicidio in questo gruppo di popolazione.

- Sia la depressione che l'abuso di alcol possono rappresentare la conseguenza di particolari stress nella vita di una persona.

Tuttavia, mentre il suicidio tra coloro che soffrono di disturbi depressivi si manifesta relativamente presto nella storia della malattia, soprattutto nel gruppo di età compresa tra 30 e 40 anni, il suicidio di chi è dedito al bere solitamente si verifica più avanti nel corso della malattia. Inoltre, quando accade, è spesso contemporaneo ad altri fattori, quali interruzione delle relazioni, marginalizzazione sociale, povertà e instaurarsi di un deterioramento fisico dovuto all'abuso cronico di alcool. Si ritiene che l'abuso di alcool e droghe abbia un ruolo più marginale in alcune aree dell'Asia. In uno studio sui suicidi tra adolescenti a Hong Kong SAR, in Cina, solo il 5% circa dei suicidi presentava una storia di abuso di alcool o droghe (51). Questi risultati potrebbero spiegare il tasso relativamente contenuto di suicidio tra adolescenti in Asia, a parte la Cina.

Un precedente tentativo di suicidio, tuttavia, rappresenta uno dei più importanti fattori di predizione di un successivo comportamento suicidario mortale (2). Il rischio è più elevato nel primo anno – e soprattutto nei primi sei mesi – dopo il primo tentativo. Quasi l'1% degli individui che tentano suicidio muore entro un anno (52) e circa il 10% riesce comunque a portarlo a compimento. Le stime dell'aumento di rischio dovuto a una storia di tentativi precedenti sono diverse nei vari studi. Gunnell e Frankel, ad esempio, segnalano un aumento del rischio di 20-30 volte rispetto alla popolazione generale, dato coerente con altre ricerche (53). Se da un lato l'esistenza di un precedente tentativo di suicidio aumenta il rischio che una persona riesca a portare a termine la propria intenzione, la maggioranza degli individui che si suicidano non ha precedentemente cercato di farlo (24).

Marcatore biologici e medici

Una storia familiare di suicidio rappresenta un marcatore riconosciuto per un rischio di suicidio più elevato. Per alcuni ricercatori, ciò indica che potrebbe esistere un tratto genetico che predispone alcuni individui a un comportamento suicidario. Effettivamente, dati relativi a studi su gemelli e bambini adottati confermano la possibilità che fattori biologici abbiano un ruolo in alcuni atteggiamenti suicidi. Studi sui gemelli hanno mostrato che i gemelli monozigoti, che condividono il 100% dei geni, presentano una concordanza per suicidio e tentativo di suicidio decisamente più elevata rispetto ai gemelli dizigoti, che condividono il 50% dei geni (54). Non sono stati comunque ancora condotti studi su gemelli monozigoti cresciuti separatamente – prerequisito per uno studio metodologicamente corretto – e nessuno degli studi condotti finora sui gemelli ha contemplato un controllo accurato in relazione a disturbi psichiatrici. È possibile che si erediti un disturbo psichiatrico, più che la predisposizione genetica al suicidio, e che sia questo disturbo a rendere più probabile il rischio negli individui legati da vincolo di parentela.

I risultati di uno studio caso-controllo condotto su bambini adottati hanno mostrato come chi si suicidava tendesse ad avere parenti biologici che si erano suicidati (55). Questi suicidi erano ampiamente indipendenti dalla presenza di un disturbo psichiatrico, indicando l'esistenza di una predisposizione genetica indipendente da – o eventualmente in aggiunta a – disturbi psichiatrici maggiori associati al suicidio. Anche altri fattori sociali e ambientali probabilmente interagiscono con la storia familiare e aumentano il rischio di suicidio.

Ulteriori evidenze che suggeriscono una base biologica per il suicidio provengono da studi sui processi neurobiologici che sottostanno a diversi problemi psichiatrici, compresi quelli che predispongono gli individui al suicidio. Alcuni studi, ad esempio, hanno evidenziato livelli

alterati dei metaboliti della serotonina nel fluido cerebrospinale di pazienti psichiatrici adulti che si sono suicidati (56, 57). La serotonina è un importante neurormone che controlla l'umore e l'aggressività. È stato osservato che bassi livelli di serotonina e ridotte risposte ai test che interferiscono con il suo metabolismo persistono per un certo tempo dopo episodi di malattia (58, 59). Un cattivo funzionamento dei neuroni che contengono la serotonina nella corteccia prefrontale del cervello può rappresentare la causa nascosta di una ridotta capacità di resistenza agli impulsi di agire seguendo pensieri suicidari (60, 61).

Il suicidio può inoltre essere la conseguenza di una malattia grave e dolorosa, soprattutto in caso di inabilità. Si ritiene che la prevalenza di una malattia fisica in chi compie suicidio corrisponda almeno al 25%, sebbene possa raggiungere l'80% tra gli anziani che si suicidano (62). In una percentuale superiore al 40% dei casi, la malattia fisica viene considerata un importante fattore aggiuntivo di predisposizione al suicidio e alla sua ideazione, soprattutto anche in presenza di disturbi dell'umore o sintomi depressivi (63). È comprensibile che la prospettiva di una sofferenza insopportabile e di una dipendenza umiliante porti le persone a considerare l'ipotesi di togliersi la vita. Diverse ricerche, tuttavia, hanno dimostrato che chi soffre per una malattia fisica raramente si suicida se non sono presenti anche sintomi psichiatrici (42).

Eventi della vita come fattori scatenanti

Alcuni eventi della vita possono fungere da fattori scatenanti per il suicidio. Tra gli eventi particolari che un numero limitato di studi hanno cercato di collegare al rischio di suicidio vi sono: perdita personale, conflitto interpersonale, relazione interrotta o disturbata, e problemi legali o collegati al lavoro (64-67).

La perdita di una persona amata, in seguito a divorzio, separazione o morte, può scatenare profondi sentimenti di depressione, soprattutto se si trattava del compagno o di qualcuno estremamente caro. Anche i conflitti all'interno delle relazioni interpersonali in famiglia, nel luogo di studio o di lavoro possono scatenare sentimenti di disperazione e depressione. In uno studio condotto in Finlandia su 16.000 adolescenti, ad esempio, i ricercatori hanno riscontrato una maggiore prevalenza di depressione e di gravi ideazioni suicidarie sia tra chi era stato vittima di bullismo a scuola sia tra i responsabili degli atti di bullismo (68). Uno studio retrospettivo condotto nella Scozia sud-orientale, che ha verificato la presenza di disturbi legati a età, sesso e disturbi mentali, ha osservato che i conflitti interpersonali negativi sono associati in modo indipendente al suicidio (69). In un'indagine condotta su tutti i suicidi per un periodo di 2 anni a Ballarat, in Australia, i ricercatori hanno osservato come le difficoltà sociali e personali fossero associate al suicidio in più di un terzo dei casi (70). La ricerca ha inoltre evidenziato una maggiore probabilità di depressione e tentativi di suicidio tra le vittime di violenza da parte del partner (71-74).

Una storia di abuso fisico o sessuale nell'infanzia può aumentare il rischio di suicidio nell'adolescenza e nell'età adulta (75-77). Umiliazione e vergogna sono sentimenti comunemente provati dalle vittime di abusi sessuali (2). Chi è stato vittima di abuso nell'infanzia e nell'adolescenza spesso è diffidente nelle relazioni interpersonali e ha difficoltà a mantenerle. Prova persistenti difficoltà sessuali e forti sentimenti di inadeguatezza e di inferiorità. Nei Paesi Bassi dei ricercatori hanno analizzato la relazione tra abuso sessuale e comportamento suicidario in 1490 studenti adolescenti e hanno sottolineato come quelli che erano stati vittime di un abuso mostrassero un comportamento decisamente più incline al suicidio, così come altri problemi affettivi e comportamentali, rispetto ai loro coetanei che non erano stati vittime di abuso (78). Uno studio longitudinale su un periodo di 17 anni attualmente in corso su 375 soggetti negli Stati Uniti ha osservato come l'11% abbia riferito di essere stato vittima di un abuso fisico o

sessuale prima dei 18 anni di età. I soggetti di età compresa tra 15 e 21 anni vittime di abuso dichiaravano una maggiore propensione per atteggiamento suicida, depressione, ansia, disturbi psichiatrici e altri problemi affettivi e comportamentali rispetto a chi non era stato vittima di abuso (79).

Anche l'orientamento sessuale si può collegare a un maggiore rischio di suicidio negli adolescenti e nei giovani adulti (80, 81). Stime della prevalenza del suicidio tra i giovani omosessuali maschi e femmine, ad esempio, variano dal 2,5% al 30% (82, 83). I fattori che possono contribuire ai suicidi e ai tentativi di suicidio in questo caso comprendono discriminazione, tensione nelle relazioni interpersonali, droga e alcool, ansia per quanto riguarda HIV/AIDS e limitate fonti di sostegno (84, 85).

Vivere una relazione coniugale stabile, dall'altra parte, sembra costituire un fattore "di protezione" nei confronti del suicidio. Le responsabilità per la crescita dei figli aggiungono un ulteriore elemento protettivo (86). Studi sulla relazione tra status coniugale e suicidio rivelano elevati tassi di suicidio tra i single o le persone mai sposate nelle culture occidentali, tassi ancora più elevati tra chi è rimasto vedovo e alcuni dei tassi più elevati tra i separati e i divorziati (87, 88). Quest'ultimo fenomeno è particolarmente evidente negli uomini, soprattutto nei primi mesi dopo la morte del coniuge o la separazione (89).

Eccezione alla regola generale che vede il matrimonio come fattore di protezione è il caso di chi si sposa in giovane età (prima dei vent'anni): in base ad alcuni studi, queste persone presentano un tasso di predisposizione al suicidio più elevato rispetto ai loro coetanei non sposati (90, 91). Inoltre, il matrimonio non è un fattore di protezione in tutte le culture. Sono stati segnalati casi di comportamento suicidario mortale e non mortale tra le donne sposate in Pakistan, rispetto agli uomini sposati e alle donne sole (92, 93). È possibile che la discriminazione sociale, economica e legale crei uno stress psicologico che predispone queste donne a un comportamento suicidario (92). Tassi di suicidio più elevati sono stati segnalati anche tra le donne sposate di età superiore a 60 anni a Hong Kong SAR, in Cina, rispetto alle donne vedove e divorziate dello stesso gruppo di età (90).

Se da un lato i problemi nelle relazioni interpersonali possono aumentare il rischio di un comportamento suicidario, è possibile che anche l'isolamento sociale rappresenti un fattore scatenante per la predisposizione al suicidio. L'isolamento sociale è alla base dei concetti di suicidio "egoistico" e "anomico" di Durkheim (94), entrambi legati all'idea di relazioni sociali inadeguate. Un ampio corpus di letteratura suggerisce che gli individui che vivono una situazione di isolamento sono più vulnerabili al suicidio rispetto a chi intrattiene forti legami sociali con altri (95-98). In seguito alla morte di una persona amata, ad esempio, è possibile che un individuo possa tentare il suicidio se non viene fornito sufficiente sostegno durante il periodo di lutto da parte di chi è più vicino alla persona che soffre.

In uno studio comparativo sul comportamento sociale tra gruppi di individui che hanno tentato il suicidio, individui che l'hanno portato a termine e individui deceduti per cause naturali, Maris (99) ha osservato come chi si fosse suicidato avesse preso parte in misura inferiore all'organizzazione sociale, spesso non avesse amici e avesse manifestato un progressivo declino nelle relazioni interpersonali che lo avevano condotto a una situazione di totale isolamento sociale. Studi di autopsia psicologica mostrano come l'allontanamento sociale spesso preceda l'atto del suicidio (99). Questo fatto è stato evidenziato anche da uno studio condotto da Negrón et al. (100) che hanno osservato come fosse più probabile che i soggetti che avevano tentato il suicidio si isolassero durante una fase suicida acuta rispetto a chi manifestava ideazione suicidaria. Wenz (101) ha individuato anomalie – il senso di alienazione dalla società

determinato dall'assenza percepita di una struttura sociale di sostegno – come un fattore presente nel comportamento suicidario delle vedove, insieme all'isolamento sociale effettivo e supposto. L'isolamento sociale è stato spesso osservato come fattore aggiuntivo nell'ideazione suicidaria negli anziani (102, 103). Uno studio sui tentativi di suicidio tra gli adolescenti di 16 anni di età inviati in ospedale ha osservato come i problemi più frequenti che sottostanno a tale comportamento fossero le difficoltà di relazione con i genitori, i problemi con gli amici e l'isolamento sociale (104).

Fattori sociali e ambientali

La ricerca ha individuato diversi importanti fattori sociali e ambientali legati al comportamento suicidario. Tra questi: la disponibilità di strumenti per il suicidio; il luogo di residenza; lo status professionale o di immigrazione; l'appartenenza a una religione; e le condizioni economiche.

Metodo scelto

Un fattore fondamentale che determina l'effettiva mortalità dell'intenzione di togliersi la vita è la scelta del metodo. Negli Stati Uniti vengono usate armi nei due terzi circa di tutti i suicidi (105). In altre parti del mondo, l'impiccagione è il metodo più comune, seguito dall'uso di un'arma, dal gettarsi dall'alto e dall'annegamento. In Cina il metodo più comune è l'intossicazione da pesticidi (106, 107).

Negli ultimi due decenni, in alcuni paesi quali l'Australia si è verificato un aumento consistente dell'impiccagione come metodo di suicidio, soprattutto tra i giovani, accompagnato da una contemporanea riduzione del ricorso ad armi da fuoco (108). In generale, gli individui più anziani tendono ad adottare metodi che necessitano di minore forza fisica, quali l'annegamento o il gettarsi dall'alto; questo fatto è stato osservato soprattutto a Hong Kong SAR, Cina, e Singapore (18). Quasi dappertutto le donne tendono a utilizzare metodi più "dolci" – ad esempio dosaggi eccessivi di farmaci – sia nei suicidi mortali sia nei tentativi non mortali (35). Eccezione importante a questa modalità è la pratica dell'autoimmolazione in India.

A parte età e sesso, la scelta del metodo può essere condizionata da altri fattori. In Giappone, ad esempio, la pratica tradizionale di lacerazione dell'intestino con una spada (conosciuta anche come *hara-kiri*) è ancora utilizzata. È risaputo che si verifica l'imitazione di un metodo di suicidio, soprattutto tra i giovani e in relazione alla morte di una celebrità (109, 111). Il livello di determinazione al suicidio di un individuo solitamente è collegato alla letalità del metodo scelto: gli anziani, ad esempio, solitamente manifestano una maggiore determinazione nei confronti della morte rispetto ad altri, e tendono a scegliere metodi più violenti – quali spararsi, lanciarsi dall'alto o impiccarsi – piuttosto che rischiare di essere salvati all'ultimo momento (112).

Differenze tra aree urbane e rurali

Si evidenziano frequentemente notevoli differenze nei tassi di suicidio tra le aree urbane e quelle rurali. Nel 1997 negli Stati Uniti, ad esempio, il distretto di Manhattan nella città di New York ha registrato 1372 suicidi, un numero tre volte superiore a quello dello stato del Nevada, prevalentemente rurale (411), anche se il tasso del Nevada era tre volte maggiore rispetto a quello dello stato di New York (24,5 ogni 100.000 individui – il più elevato negli stati Uniti – contro 7,6 ogni 100.000) (113). Differenze simili tra aree urbane e rurali sono state segnalate, ad esempio, in Australia (114) e in paesi europei quali Inghilterra e Galles (dati

combinati) e Scozia, paese in cui gli agricoltori hanno tassi di suicidio elevati (115). Anche i tassi tra le donne delle aree rurali in Cina sono superiori a quelli che si riscontrano nelle aree urbane (26).

Le motivazioni possono comprendere l'isolamento sociale e la maggiore difficoltà nell'individuazione dei segnali d'allarme, l'accesso limitato alle strutture sanitarie e ai medici e il minore livello di istruzione. I metodi di suicidio nelle aree rurali sono spesso diversi da quelli utilizzati nelle aree urbane. Nelle comunità rurali dell'Europa orientale e di zone dell'Asia sud-orientale, la facile reperibilità di erbicidi e pesticidi li rende un metodo diffuso per propositi di suicidio. Lo stesso vale per Samoa, dove il controllo delle vendite dell'erbicida paraquat ha determinato una riduzione del numero di suicidi (116). Nelle comunità rurali dell'Australia, in cui è diffuso il possesso di armi, si segnala spesso il ricorso alle armi da fuoco come metodo di suicidio (114).

Immigrazione

L'impatto dell'immigrazione sui tassi di suicidio è stato studiato in paesi quali Australia, Canada e Stati Uniti, che presentano un'ampia combinazione di gruppi etnici. In questi paesi si è osservato che il tasso di comportamento suicidario in un dato gruppo di immigrati è simile a quello per lo stesso gruppo nel paese d'origine. In Australia, ad esempio, gli immigrati da Grecia, Italia e Pakistan presentano tassi di suicidio inferiori a quelli relativi agli immigrati da paesi dell'Europa orientale, dell'Irlanda o della Scozia, paesi con tassi di suicidio tradizionalmente elevati (117) (vedere anche Tabella 7.3). Ciò indica un ruolo fondamentale dei fattori culturali nel comportamento suicidario.

Tabella 7.3 **Tassi di suicidio standardizzati per età ogni 100.000 individui in Australia, in base al luogo di nascita, 1982-1992**

Anno	Luogo di nascita							Totale delle nascite all'estero
	Asia	Australia	Europa			Irlanda e Regno Unito	Oceania ^(b)	
			orientale	meridionale	occidentale ^(a)			
1982	8	11	31	7	19	12	14	13
1983	12	11	21	8	16	12	10	12
1984	9	11	17	5	17	11	17	11
1985	7	11	20	6	17	12	14	12
1986	8	12	17	6	19	13	14	12
1987	8	14	28	7	17	14	17	13
1988	9	13	20	8	14	15	17	13
1989	8	12	16	7	16	13	14	12
1990	8	13	14	5	19	12	14	11
1991	8	14	22	9	19	14	13	12
1992	7	13	24	8	17	13	14	12

Fonte: Ripresa, con piccole correzioni editoriali, dal riferimento bibliografico 118 con il permesso dell'editore.

a. Tranne Irlanda e Regno Unito.

b. Tranne Australia.

Impiego e altri fattori economici

Diversi studi hanno evidenziato tassi di suicidio più elevati durante periodi di recessione economica e di elevata disoccupazione (119-123), ed è stato dimostrato anche il contrario. In uno studio che ha valutato l'impatto dei fattori economici sul suicidio condotto in Germania, Weyerer e Wiedenmann (122) hanno analizzato l'effetto di quattro variabili economiche e la loro relazione con i tassi di suicidio nel periodo 1881-1989. È stato osservato che la correlazione più forte si era verificata durante periodi di disgregazione sociale, caratterizzati da elevata disoccupazione, bassi livelli di assistenza o di protezione sociale e maggiori rischi di fallimento. Un'indagine preliminare sui tassi di suicidio superiori alla media nel bacino di Kutznetsk, nella Federazione Russa, tra il 1980 e il 1995 ha segnalato come possibili fattori aggiuntivi per il rischio di suicidio l'instabilità economica, la disintegrazione dell'Unione Sovietica e altri fattori storici specifici (123). Descrivendo le proprie visite in Bosnia ed Erzegovina, Berk (124) ha riferito di un tasso di suicidio nonché di dipendenza da alcool nei bambini superiori a quanto immaginato. Se da un lato i bambini sono sopravvissuti ai più immediati rischi del conflitto armato tra il 1992 e il 1995, non sono stati in grado di superare lo stress a lungo termine. In Sri Lanka, la comunità Tamil – caratterizzata da una storia di violenza e di instabilità politica ed economica – ha sempre presentato elevati tassi di suicidio. Attualmente la comunità cingalese, che vent'anni fa aveva tassi di suicidio estremamente contenuti, presenta anch'essa valori elevati. Questo fatto chiaramente evidenzia la stretta associazione tra suicidio, violenza politica e collasso sociale.

A livello individuale, il comportamento suicidario è più frequente negli individui disoccupati piuttosto che in quelli con un'occupazione (119, 125, 126). La povertà e un ruolo sociale meno importante – entrambe conseguenze della disoccupazione – spesso sembrano essere associati a una maggiore propensione al suicidio, soprattutto quando la perdita del lavoro è stata repentina. La ricerca in questo campo, tuttavia, presenta alcuni limiti. In particolare, non ha sempre considerato la durata del periodo di disoccupazione. In alcuni casi gli individui in attesa di una prima occupazione sono stati inseriti nello stesso gruppo di quelli che hanno perso il lavoro e non sono state considerate le condizioni psichiatriche e i disturbi della personalità (127, 128).

Religione

La religione è stata a lungo ritenuta un fattore importante nel comportamento suicidario. La ricerca ha tratteggiato una classificazione approssimativa dei paesi, in base all'appartenenza religiosa, in ordine decrescente rispetto ai tassi di suicidio:

- Paesi in cui la pratica religiosa è proibita o fortemente scoraggiata (come nel caso dei precedenti regimi comunisti dell'Europa orientale e dell'ex Unione Sovietica).
- Paesi in cui predominano buddhismo, induismo o altre religioni asiatiche.
- Paesi in cui molte persone sono protestanti.
- Paesi prevalentemente cattolici romani.
- Paesi prevalentemente musulmani.

La Lituania rappresenta un'importante eccezione a questa tipologia generica. Il paese è sempre stato prevalentemente cattolico, con un elevato numero di praticanti e una forte influenza della chiesa, anche quando era parte dell'ex Unione Sovietica. I tassi di suicidio, tuttavia, erano e rimangono estremamente elevati. La classificazione approssimativa appena illustrata chiaramente non prende in considerazione la profondità e la forza con cui i singoli individui in un

particolare paese credono e aderiscono alla propria religione (129). La classificazione inoltre non include l'animismo – presente soprattutto in Africa – poiché solitamente i tassi di suicidio tra gli aderenti alle credenze animiste non sono conosciuti.

Durkheim riteneva che il suicidio nascesse dalla mancanza di identificazione con un gruppo unitario e ipotizzava che i tassi di suicidio dovessero essere più contenuti nelle situazioni in cui esisteva un elevato grado di integrazione religiosa. Di conseguenza, affermava che pratiche e convinzioni religiose condivise, quali quelle associate al cattolicesimo, rappresentavano fattori di protezione contro il suicidio (94). Alcuni studi che hanno analizzato l'ipotesi di Durkheim tendevano a sostenerla (130, 131). Altri studi, tuttavia, non hanno riscontrato alcuna associazione tra la percentuale di cattolici romani in una popolazione e i tassi di suicidio (132, 133). Uno studio condotto da Simpson e Conlin (134) sull'impatto della religione ha osservato come l'adesione all'Islam riducesse i tassi di suicidio in modo superiore a quanto accadesse nel cristianesimo.

Alcuni studi hanno cercato di utilizzare la frequenza della Chiesa e la diffusione delle reti religiose come misura della fede religiosa, e hanno quindi provato a collegarla ai tassi di suicidio. I loro risultati suggeriscono che la frequenza rappresenta un forte condizionamento preventivo (135) e il grado di adesione a una particolare religione costituisce un fattore inibitore nei confronti del suicidio (136). Analogamente, uno studio condotto da Kok (137) ha analizzato i tassi di suicidio tra i tre gruppi etnici presenti a Singapore. La conclusione fu che i malesi, prevalentemente musulmani, religione fortemente contraria al suicidio, presentavano il tasso decisamente più contenuto. Allo stesso tempo, gli indiani mostravano il tasso più elevato di tutta l'isola. Gli indiani presenti a Singapore sono solitamente seguaci dell'induismo, una fede che crede nella reincarnazione e non vieta rigidamente il suicidio. Un altro studio che si è occupato delle differenze tra afroamericani e popolazioni caucasiche negli Stati Uniti ha osservato come il tasso di suicidio più contenuto relativo al primo gruppo potesse essere attribuito a una maggiore devozione personale nei confronti di una religione (138).

Riepilogo

I fattori di rischio per il comportamento suicidario sono numerosi e interagiscono l'uno con l'altro. Conoscere le caratteristiche di chi presenta una predisposizione al suicidio e ha maggiori possibilità di incorrere in una combinazione di fattori di rischio può essere d'aiuto nell'individuare con precisione le persone che più hanno bisogno di interventi di prevenzione.

In presenza di fattori di protezione sufficientemente forti anche l'esistenza di diversi fattori di rischio – quali depressione maggiore, schizofrenia, abuso di alcool o perdita di una persona amata – non necessariamente determina in un individuo le condizioni per l'ideazione suicidaria o per un comportamento suicidario. Lo studio dei fattori protettivi è ancora all'inizio. Perché la ricerca sul suicidio e la sua prevenzione compiano un reale progresso, è necessario approfondire maggiormente le conoscenze relative ai fattori di protezione, per uguagliare i progressi compiuti negli ultimi decenni nella comprensione dei fattori di predisposizione e scatenanti del suicidio.

A parte le osservazioni di Durkheim su matrimonio e religione, svariate indagini hanno offerto una visione delle funzioni di protezione della genitorialità (139), del sostegno sociale e delle reti di relazioni della famiglia (36, 140-142), dell'autostima (143) e della repressione dell'io (144). Altri studi hanno direttamente misurato l'equilibrio tra fattori di rischio e di protezione per cercare di prevedere il comportamento suicidario. In uno studio di questo tipo, un'indagine sui giovani nativi americani e dell'Alaska, Borowsky et al. (145) hanno osservato

come concentrare l'attenzione su fattori di protezione quali il benessere affettivo e le reti di relazioni con famiglia e amici fosse efficace dal punto di vista della prevenzione quanto cercare di ridurre i fattori di rischio – anzi più efficace. Lo studio dei fattori protettivi sembrerebbe un campo promettente per la futura ricerca.

Cosa si può fare per prevenire il suicidio?

A causa dell'aumento globale del comportamento suicidario, soprattutto tra i giovani, è estremamente necessario elaborare interventi efficaci. Come si è visto, esiste un numero elevato di possibili fattori di rischio per questo comportamento e gli interventi si basano solitamente sulla conoscenza di tali fattori. Anche se diversi interventi vengono utilizzati da lungo tempo, solo un numero limitato degli stessi ha dimostrato di avere un effetto significativo nella riduzione del comportamento suicidario o ha determinato risultati validi a lungo termine (146).

Trattamento

Il trattamento dei disturbi mentali

Poiché molte pubblicazioni specifiche ed esperienze cliniche mostrano come svariati disturbi mentali siano manifestamente legati al suicidio, una precoce individuazione e il trattamento appropriato di tali disturbi rappresenta un'importante strategia per la prevenzione del suicidio. Di particolare importanza in quest'ambito sono i disturbi dell'umore, la dipendenza dall'alcool e l'abuso di altre sostanze, la schizofrenia e alcuni tipi di disturbi della personalità.

Esistono prove del fatto che insegnare al personale dell'assistenza sanitaria primaria a diagnosticare e trattare gli individui con disturbi dell'umore possa rappresentare un passo efficace per la prevenzione del suicidio nei soggetti a rischio. Oltre a ciò, la nuova generazione di farmaci per il trattamento dei disturbi dell'umore e di quelli schizofrenici – che presenta un minor numero di effetti collaterali – e profili terapeutici più specifici rispetto a quelli che si usavano in passato, sembrerebbero migliorare l'aderenza del paziente alla terapia e produrre un risultato migliore, riducendo così la probabilità di un comportamento suicidario nei pazienti.

Farmacoterapia

Lo studio della farmacoterapia è importante per valutare la sua efficacia sui processi neurobiologici che sottostanno ad alcune condizioni psichiatriche, tra cui quelle legate al comportamento suicidario. Verkes et al. (147), ad esempio, hanno osservato come la paroxetina possa essere efficace nel ridurre il comportamento suicidario. La paroxetina era stata scelta perché tale comportamento era stato associato a una ridotta funzione serotoninica. La paroxetina è conosciuta come un inibitore selettivo del riassorbimento della serotonina per la trasmissione dei segnali nervosi. In uno studio in doppio cieco durato un anno, sono stati messi a confronto la paroxetina e un placebo in pazienti con una storia di tentativi di suicidio che avevano tentato il suicidio poco tempo prima l'inizio dello studio. Questi pazienti non avevano sofferto precedentemente di depressione maggiore, ma nella maggioranza presentavano un "disturbo della personalità di cluster B" (che comprende disturbi della personalità antisociali, narcisistici, borderline e istrionici). I risultati hanno evidenziato che il miglioramento della funzione della serotonina con un SSRI (Serotonin Selective Reuptake Inhibitor), in questo caso la paroxetina, può ridurre il comportamento suicidario nei pazienti che presentano una storia di tentativi di suicidio, ma non in quelli che soffrono di depressione maggiore.

Approcci comportamentali

Mentre diversi approcci di trattamento si concentrano soprattutto sul disturbo mentale e ritengono che il miglioramento del disturbo determinerà una riduzione del comportamento suicidario, altri approcci puntano direttamente al comportamento (148). Sulla base di questo approccio, sono stati elaborati diversi interventi, alcuni dei quali vengono discussi qui di seguito.

Terapia comportamentale

Negli interventi comportamentali, un operatore di salute mentale effettua sessioni di terapia con il paziente, discutendo i comportamenti e i pensieri di suicidio passati e presenti e, analizzandoli, cerca di stabilire collegamenti con possibili fattori nascosti (148). I primi risultati relativi all'efficacia di questo tipo di trattamento sembrano promettenti, anche se non esistono per ora risposte conclusive.

Uno studio condotto a Oxford, in Inghilterra, ha esaminato pazienti ad alto rischio di tentativi ripetuti di suicidio, di età compresa tra 16 e 65 anni, ricoverati in reparti di emergenza dopo aver ingerito un'overdose di antidepressivi (149). I pazienti hanno ricevuto la terapia standard per i tentativi di suicidio o la terapia standard insieme a un piccolo intervento "problem-oriented" – una forma di psicoterapia a breve termine che affrontava il problema considerato più grave per il paziente. Lo studio ha evidenziato un beneficio importante per il gruppo sperimentale (i soggetti che avevano ricevuto l'intervento insieme alla terapia standard) a sei mesi di distanza dal trattamento, in termini di riduzione dei tassi di ripetuti tentativi di suicidio. Sfortunatamente, questa differenza non era più significativa nei pazienti che venivano rivalutati a 18 mesi di distanza.

Uno studio condotto negli Stati Uniti (150) ha esaminato l'efficacia della terapia comportamentale dialettica con pazienti che mostravano disturbi di personalità borderline, disfunzioni comportamentali multiple, disturbi mentali significativi e una storia di ripetuti tentativi di suicidio. La terapia comportamentale dialettica è un trattamento elaborato per i pazienti suicidi cronici. Utilizza l'analisi comportamentale e una strategia di "problem-solving". Nel primo anno dopo il trattamento, i pazienti coinvolti avevano messo in atto un numero inferiore di tentativi di suicidio rispetto a quelli che avevano ricevuto solamente il trattamento standard.

Un altro studio di ricerca condotto negli Stati Uniti (151), che ha adottato l'approccio della terapia comportamentale, ha esaminato pazienti con una storia di tentato suicidio. L'obiettivo consisteva nell'osservare se i pazienti mostravano un "deficit nella capacità di pensare positivamente rispetto al futuro" – ossia vedere se erano privi di speranza e aspettative per il futuro. Se la risposta era positiva, lo studio mirava a studiare se tale deficit potesse essere modificato da un breve intervento psicologico conosciuto come "terapia cognitivo-comportamentale assistita tramite manuale" (MACT). In questo tipo di intervento, il problema viene affrontato con la guida di un manuale, così da standardizzare il trattamento. I pazienti sono stati assegnati al trattamento MACT o a quello standard in modo casuale, e rivalutati a sei mesi di distanza. Lo studio ha evidenziato come i pazienti con una storia di tentato suicidio mostrassero un minore livello di speranza e avessero inferiori aspettative positive per il futuro rispetto al gruppo di controllo. A seguito dell'intervento MACT le loro aspettative erano decisamente migliorate, mentre quelle di coloro che avevano ricevuto esclusivamente il trattamento standard erano migliorate solo in modo marginale.

Green card

La cosiddetta *green card* è un intervento relativamente semplice. Il paziente riceve una carta, che gli offre accesso diretto e immediato a una gamma di possibilità, quali uno psichiatra di guardia o il ricovero ospedaliero. Anche se non si è rivelato un intervento particolarmente efficace, la *green card* sembra avere qualche effetto positivo per chi pensa al suicidio per la prima volta (152, 153).

Uno studio recente ha utilizzato la *green card* con pazienti che hanno tentato il suicidio per la prima volta e con quelli che hanno una storia di tentativi ripetuti (154). I partecipanti allo studio sono stati assegnati in modo casuale ai gruppi di controllo che hanno ricevuto solamente il trattamento standard per i tentativi di suicidio e ai gruppi sperimentali che hanno ricevuto il trattamento standard e la *green card*. Quest'ultima offriva 24 ore di consulenza telefonica con uno psichiatra. L'effetto della *green card* variava tra i due tipi di gruppi sperimentali. Mostrava un effetto protettivo con chi aveva tentato il suicidio per la prima volta (anche se non si trattava di un effetto significativo dal punto di vista statistico), ma non aveva alcun effetto su chi aveva tentato il suicidio più di una volta. È possibile che il supporto telefonico offerto dalla *green card* non fosse sufficiente e che la carta avrebbe dovuto piuttosto offrire un accesso facilitato ad altri servizi di emergenza.

Un altro intervento, basato sul principio della connessione, della facilità di accesso e della disponibilità di aiuto, è rappresentato dal servizio di *Tele-help/Tele-check* in funzione per gli anziani in Italia (155). *Tele-help* è un servizio di allarme che il paziente può attivare per chiedere aiuto. *Tele-check* è un servizio che contatta gli anziani due volte alla settimana per controllare le loro necessità e fornire sostegno emotivo. In uno studio, 12.135 individui di età superiore a 65 anni hanno ricevuto il servizio *Tele-help/Tele-check* per quattro anni (155). Nel corso di tale periodo, si è verificato un solo suicidio nel gruppo, rispetto alla previsione statistica di sette suicidi (156).

Approcci relazionali

È risaputo che la suscettibilità al suicidio è legata alle relazioni sociali di un individuo: maggiore è il numero delle relazioni, minore in generale è la suscettibilità al suicidio (156). Diversi interventi hanno cercato di migliorare le relazioni sociali per ridurre la reiterazione del comportamento suicidario. L'approccio generale consiste nell'esplorazione dei problemi in diverse aree della vita sociale del paziente e nel tentativo, da parte del terapeuta, di affrontare questi problemi. Sebbene l'obiettivo sia quello di prevenire la ripetizione del comportamento suicidario, anche il miglioramento delle relazioni sociali in se stesso è considerato importante.

La ricerca relativa all'efficacia degli approcci relazionali non ha mostrato benefici efficaci, in termini di riduzione del comportamento suicidario. Tuttavia, l'approccio ha dimostrato di produrre migliori relazioni sociali.

Interventi psicosociali

Litman e Wold (156) hanno analizzato un particolare metodo, conosciuto come "mantenimento costante della relazione" (MCR). Secondo questo metodo, il counsellor entra in contatto con l'individuo suicida e cerca di mantenere con lui/lei una relazione costante. Un totale di 400 persone con un rischio elevato di suicidio hanno partecipato a questo programma per una media di 18 mesi, e sono state assegnate al gruppo sperimentale (MCR) o al gruppo di controllo. In quest'ultimo, i soggetti hanno ricevuto counselling costante e hanno preso personalmente l'iniziativa di contattare il counsellor. L'intervento non si è impegnato a ridurre

l'ideazione suicidaria, i tentativi di suicidio o i suicidi veri e propri. Sono stati raggiunti, comunque, svariati obiettivi intermedi e il gruppo sottoposto a MCR ha mostrato miglioramenti importanti rispetto al gruppo di controllo. Tali miglioramenti hanno compreso un ridotto senso di solitudine, relazioni personali più soddisfacenti, minore depressione e maggiore confidenza nel ricorso ai servizi di comunità.

Gibbons et al. (157) hanno confrontato l'efficacia dell'"assistenza sociale centrata sul caso" – un metodo "problem-solving" che sottolinea la collaborazione tra il paziente e l'assistente sociale per problemi legati alla quotidianità – rispetto a un trattamento standard per i pazienti che avevano già tentato il suicidio. Non esisteva differenza nei tassi di tentativi ripetuti di suicidio tra i due gruppi, ma il gruppo che aveva ricevuto l'assistenza sociale centrata sul caso mostrava un miglioramento superiore per la gestione dei problemi sociali rispetto al gruppo di controllo.

In uno studio condotto da Hawton et al. (158), 80 pazienti che avevano ingerito un'overdose sono stati inseriti in un percorso di counselling ambulatoriale o nuovamente indirizzati al proprio medico di medicina generale con l'indicazione di ulteriore assistenza. Ancora, non si è evidenziata una differenza statistica nei tassi di tentativi ripetuti di suicidio, ma è sembrato emergere un certo beneficio per il gruppo di pazienti ambulatoriali valutati a quattro mesi di distanza. Una percentuale maggiore del gruppo di pazienti ambulatoriali, rispetto al secondo gruppo, ha mostrato miglioramento nell'adattamento sociale, coniugale e nelle relazioni con la famiglia. Il counselling si è dimostrato particolarmente efficace per le donne e per i pazienti con problemi relativi a una relazione a due, quale quella marito-moglie, genitore-figlio o capoufficio-impiegato.

L'impegno a livello di comunità

Centri di prevenzione del suicidio

Oltre agli interventi già descritti, esistono servizi specifici di salute mentale a livello di comunità per gli individui che manifestano un comportamento suicidario. Un centro di prevenzione del suicidio è strutturato per essere utilizzato in modo da fornire aiuto immediato, solitamente con un collegamento telefonico, anche se esistono programmi che contemplano counselling diretto e interventi sul campo.

Dew et al. (159) hanno condotto un'analisi quantitativa della letteratura relativa all'efficacia dei centri di prevenzione del suicidio e non hanno riscontrato alcun effetto globale, positivo o negativo, sui tassi di suicidio. I limiti metodologici dello studio, tuttavia, rendono difficile giungere a una conclusione definitiva. Gli autori hanno scoperto che la proporzione dei suicidi tra i pazienti che frequentavano centri di prevenzione era maggiore rispetto alla proporzione dei suicidi relativa alla popolazione generale e che in molti casi i suicidi effettivamente portati a termine riguardavano individui che avevano precedentemente frequentato i centri. Questi risultati indicano che i centri di prevenzione del suicidio quantomeno attirano la popolazione ad alto rischio che dovrebbero aiutare.

Lester (160) ha analizzato 14 studi che si sono occupati dell'efficacia dei centri di prevenzione del suicidio rispetto ai tassi di suicidio. Sette di questi studi hanno rilevato una certa evidenza di effetto preventivo. Uno studio condotto sui centri di prevenzione del suicidio in 25 città in Germania ha effettivamente riscontrato un aumento dei tassi di suicidio in tre delle città considerate (161).

Interventi a livello di scuola

Sono stati istituiti programmi per addestrare personale scolastico, membri della comunità ed

erogatori di assistenza sanitaria a riconoscere gli individui che presentano un rischio di suicidio e a inviarli ai servizi di salute mentale appropriati. L'ampiezza della formazione varia in base al programma, ma in tutti casi è fondamentale l'esistenza di uno stretto collegamento con i servizi locali di salute mentale.

Tuttavia Lester (162) suggerisce una maggiore cautela, ipotizzando che il personale scolastico, avendo ricevuto una preparazione più approfondita, tenda a inviare più raramente gli studenti ai professionisti di salute mentale, e ciò potrebbe determinare un maggior numero di suicidi. Sebbene l'educazione del personale scolastico, dei genitori e di tutti coloro che sono coinvolti nei programmi scolastici sia estremamente importante, queste figure non possono sostituire i professionisti della salute mentale. Comunque, le sole strutture sanitarie non possono rispondere a tutti i bisogni dei giovani, e la scuola deve essere in grado di agire come tramite per la prevenzione del suicidio.

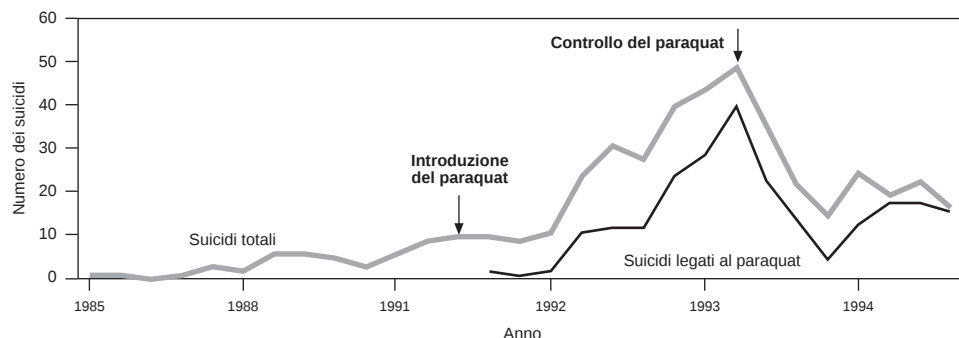
Approccio a livello di società

Limitare l'accesso agli strumenti

Limitare l'accesso agli strumenti di suicidio costituisce un'azione estremamente importante nel caso questo accesso possa essere velocemente controllato. Ciò è stato dimostrato per la prima volta nel 1972 in Australia da parte di Oliver e Hetzel (163), che osservarono una riduzione dei tassi di suicidio quando venne limitato l'accesso ai sedativi – soprattutto barbiturici, letali in dosi elevate.

Oltre a questo studio relativo ai sedativi, esistono prove di una riduzione dei tassi di suicidio quando vengono controllate altre sostanze tossiche, ad esempio i pesticidi, che sono ampiamente diffusi nelle zone rurali di molti paesi in via di sviluppo. Uno degli esempi forse più studiati è quello di Samoa (116), dove fino al 1972, anno in cui è stato introdotto per la prima volta il paraquat nel paese, il numero di suicidi era inferiore a 10. Questo numero iniziò ad aumentare velocemente a metà degli anni settanta e arrivò quasi a 50 del 1981, quando iniziarono gli sforzi per controllare la disponibilità di paraquat. In questo periodo, i tassi di suicidio aumentarono del 367%, passando da 6,7 ogni 100.000 individui nel 1972 a 31,3 ogni

Figura 7.2 Numero dei suicidi a Samoa in relazione all'introduzione dei pesticidi contenenti paraquat e al controllo delle vendite di paraquat



100.000 nel 1981. Nei tre anni successivi il tasso di suicidio ritornò a 9,4 ogni 100.000. Nonostante il successivo controllo del paraquat, più del 90% di tutti i suicidi del 1988 venne compiuto utilizzando questa sostanza (Figura 7.2).

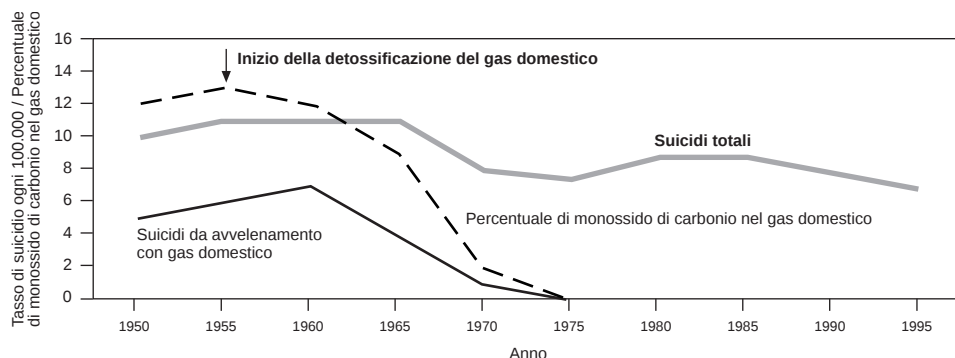
La detossificazione del gas – rimozione del monossido di carbonio dal gas domestico e dai gas di scarico delle autovetture – si è dimostrata efficace per la riduzione dei tassi di suicidio. In Inghilterra, i suicidi dovuti ad avvelenamento con gas domestico iniziarono a diminuire subito dopo che il monossido di carbonio venne eliminato dal gas domestico (164) (Figura 7.3). Riduzioni analoghe dell'uso del gas domestico per il suicidio sono state osservate in Giappone, Paesi Bassi, Scozia, Svizzera e Stati Uniti (165). Altri studi hanno inoltre osservato una riduzione dei suicidi dopo l'introduzione dei convertitori catalitici, che tra l'altro eliminano il monossido di carbonio dai gas di scarico delle auto (165, 166).

È stata osservata un'associazione tra il possesso di armi e i tassi di suicidio (167-169). Esistono diversi approcci al problema della riduzione delle lesioni dovute alle armi, sia per cause accidentali che intenzionali. Solitamente riguardano la legislazione relativa alla vendita e al possesso delle armi, nonché alle misure di sicurezza. Queste ultime comprendono educazione e formazione, diverse pratiche relative alla conservazione (quali la conservazione separata di armi e munizioni, la conservazione di armi non cariche e in luoghi chiusi a chiave) e dispositivi di blocco del grilletto. In alcuni paesi – tra cui Australia, Canada e Stati Uniti – le restrizioni relative alla proprietà di armi da fuoco sono state collegate a una riduzione del loro utilizzo per il suicidio (165, 169).

Ruolo dei media

Il potenziale impatto dei media sui tassi di suicidio è conosciuto da tempo. Più di due secoli fa un racconto estremamente diffuso ispirò un flusso improvviso di suicidi da imitazione. *Die Leiden des jungen Werther* (*I dolori del giovane Werther*) di Johann Wolfgang Goethe, scritto nel 1774 e vagamente ispirato dalla vita di un amico dell'autore, descriveva il travaglio interiore di Werther nella sua disperazione per l'amore non ricambiato nei confronti di Lotte. "L'effetto sui primi lettori fu dirompente. Il racconto ispirò non solo emozioni ma anche

Figura 7.3 **Impatto della detossificazione del gas domestico (%CO) sui tassi di suicidio, Inghilterra e Galles, 1950-1995**



emulazione, con un'ondata di suicidi abbigliati in modo simile (a Werther), giacca blu, gilet giallo" (170).

Le evidenze attuali indicano che l'effetto emulativo della diffusione delle notizie da parte dei suicidi sull'intenzione di togliersi la vita dipende ampiamente dalle modalità della diffusione – il tono e il linguaggio utilizzati, il modo in cui le notizie vengono sottolineate e la presenza o meno di materiale grafico o comunque inappropriato. La preoccupazione riguarda il rischio che l'eccessiva banalizzazione nella diffusione delle notizie di suicidio possa creare una cultura del suicidio, in cui quest'atto viene considerato un modo normale e accettabile per abbandonare un mondo difficile.

Si ritiene assolutamente fondamentale che i media diffondano le notizie relative ai suicidi in modo responsabile, ed è accolta con favore ogni nuova modalità volta al raggiungimento di tale obiettivo. Diversi governi e organizzazioni hanno proposto linee guida per la diffusione delle notizie relative ai suicidi, tra cui Befrienders International nel Regno Unito, i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie negli Stati Uniti, e i governi di Australia e Nuova Zelanda (171).

Intervento dopo un suicidio

La perdita di una persona per suicidio può far nascere nei parenti e negli amici intimi di chi si è suicidato sentimenti di cordoglio diversi da quelli che si vivono quando la morte è dovuta a cause naturali. In generale, discutere di suicidio è considerato ancora un tabù e chi è in lutto per un suicidio può avere minori possibilità di condividere il proprio dolore con altre persone. Comunicare i propri sentimenti costituisce una parte importante del processo di guarigione. Per questo motivo i gruppi di sostegno hanno un ruolo importante. Nel 1970 vennero istituiti in America del Nord i primi gruppi di autoaiuto per i parenti e gli amici dei suicidi (172). Gruppi simili vennero successivamente creati in diversi paesi in tutto il mondo. I gruppi di sostegno per l'autoaiuto vengono gestiti dai membri stessi, ma hanno anche la possibilità di accedere ad aiuti e risorse esterne. Sembra che tali gruppi portino beneficio a chi ha perso qualcuno per un suicidio. La comune esperienza della perdita dovuta a un suicidio lega le persone tra loro e le incoraggia a comunicare i propri sentimenti (172).

Risposte a livello politico

Nel 1996, il Dipartimento delle Nazioni Unite per il coordinamento politico e lo sviluppo sostenibile ha prodotto un documento che sottolinea l'importanza di una politica guida sulla prevenzione del suicidio (173). L'OMS ha quindi pubblicato una serie di documenti sulla prevenzione del suicidio (171, 172, 174-177) e due testi sui disturbi mentali, neurologici e psicosociali (41, 178). Sono state elaborate anche altre relazioni e linee guida sulla prevenzione del suicidio (179).

Nel 1999, l'OMS ha lanciato un'iniziativa globale per la prevenzione del suicidio, con i seguenti obiettivi:

- Determinare una riduzione permanente della frequenza dei comportamenti suicidari, con particolare attenzione ai paesi in via di sviluppo e ai paesi in fase di transizione sociale ed economica.
- Individuare, valutare ed eliminare a uno stadio iniziale, per quanto possibile, i fattori che possono indurre i giovani a uccidersi.
- Migliorare la consapevolezza del pubblico generale in merito al suicidio e offrire sostegno psicosociale agli individui con pensieri suicidari o che hanno tentato il suicidio, così come agli amici e ai parenti di chi ha tentato il suicidio, o si è effettivamente tolto la vita.

La principale strategia per l'implementazione di quest'iniziativa globale è costituita da due linee principali, secondo le indicazioni della strategia di assistenza sanitaria primaria dell'OMS:

- Organizzazione di attività multisettoriali a livello globale, regionale e nazionale per aumentare la consapevolezza relativa ai comportamenti suicidari e alle modalità per prevenirli efficacemente.
- Potenziamento della capacità dei diversi paesi di elaborare e valutare politiche e programmi nazionali di prevenzione del suicidio, tra cui:
 - supporto e trattamento delle popolazioni a rischio, quali ad esempio individui affetti da depressione, anziani e giovani;
 - riduzione di disponibilità e accesso a strumenti di suicidio, ad esempio sostanze tossiche;
 - sostegno e potenziamento delle reti di chi sopravvive a un suicidio;
 - formazione di operatori dell'assistenza sanitaria primaria e di operatori di altri settori interessati.

Questa strategia è stata attualmente completata da uno studio che cerca di individuare i fattori di rischio specifici e gli interventi mirati che possono essere efficaci nella riduzione dei comportamenti suicidari.

Raccomandazioni

Da questo capitolo si possono ricavare diverse importanti raccomandazioni per ridurre il comportamento suicidario mortale e quello non mortale.

Dati di migliore qualità

È assolutamente necessario raccogliere maggiori informazioni sulle cause del suicidio, sia a livello nazionale sia internazionale, soprattutto per quanto riguarda le minoranze. Dovrebbero essere incoraggiati studi interculturali. Essi possono condurre a una maggiore comprensione dei fattori scatenanti e di quelli di protezione e quindi possono essere d'aiuto per migliorare gli sforzi di prevenzione. Quelle che seguono sono alcune raccomandazioni specifiche per migliorare le informazioni sul suicidio:

- Incoraggiare i governi a raccogliere i dati relativi al comportamento suicidario mortale e non mortale e a rendere tali dati disponibili all'OMS. Gli ospedali e gli altri servizi sociali e medici dovrebbero essere fortemente incoraggiati a registrare tutti i comportamenti suicidari non mortali.
- I dati relativi ai suicidi e ai tentativi di suicidio dovrebbero essere validi e aggiornati. Si dovrebbe creare una serie di criteri e di definizioni uniformi che – una volta istituiti – andrebbero applicati in modo appropriato e costantemente rivisti.
- Organizzare la raccolta dei dati in modo tale da evitare la duplicazione delle registrazioni statistiche; allo stesso tempo, le informazioni dovrebbero essere facilmente accessibili ai ricercatori che si occupano di indagini analitiche ed epidemiologiche.
- Impegnarsi per migliorare il collegamento dei dati tra le diverse agenzie, tra cui ospedali, strutture psichiatriche e mediche di altro genere nonché dipartimenti di medicina legale e di polizia.
- Tutti i professionisti sanitari e i funzionari degli enti coinvolti dovrebbero ricevere una formazione che permetta loro di individuare i soggetti esposti a un comportamento suicidario e di inviarli ai servizi appropriati, nonché di codificare tali casi in modo appropriato nei sistemi di raccolta dei dati.

- È necessario raccogliere le informazioni relative agli indicatori sociali – quali indicatori della qualità di vita, tassi di divorzio, mutamenti sociali e demografici – parallelamente ai dati sul comportamento suicidario, per migliorare l'effettiva comprensione del problema.

Ricerca più approfondita

Si dovrebbero condurre ulteriori ricerche per studiare il contributo relativo dei fattori psicosociali e biologici al comportamento suicidario. Un migliore abbinamento di questi due fattori nei programmi di ricerca permetterebbe maggiori progressi nelle attuali conoscenze sul suicidio. Un'area particolarmente promettente è quella della ricerca sulla genetica molecolare – in rapida espansione – in cui tra l'altro sono migliorate le conoscenze relative al controllo del metabolismo della serotonina.

Si dovrebbero condurre inoltre ulteriori ricerche cliniche sul ruolo causativo delle condizioni di co-morbidità, ad esempio l'interazione tra depressione e abuso di alcool. Maggiore attenzione andrebbe dedicata ai sottogruppi di popolazione in base all'età (poiché il suicidio tra gli anziani ha caratteristiche diverse rispetto a quello dei giovani), alla personalità e al temperamento. La diagnostica cerebrale per immagini rappresenta un'altra area a cui dedicare maggiore impegno. Infine, si dovrebbe analizzare in modo più approfondito il ruolo di ostilità, aggressione e impulsività nel comportamento suicidario.

Migliori terapie psichiatriche

Il notevole contributo dei fattori psichiatrici al comportamento suicidario indica quanto sia importante per la prevenzione del suicidio migliorare il trattamento di chi presenta disturbi psichiatrici. In questo campo, si dovrebbero attuare le seguenti azioni:

- Sollecitare le aziende farmaceutiche a sviluppare un maggior numero di farmaci efficaci per i disturbi psichiatrici. L'introduzione di inibitori selettivi per il riassorbimento della serotonina, ad esempio, può avere determinato una riduzione dei tassi di suicidio in Scandinavia (180).
- Il finanziamento della ricerca dovrebbe essere diretto all'individuazione di tecniche di psicoterapia e di counselling più efficaci per i suicidi. In particolare, dovrebbero esistere tecniche più specifiche per i pazienti i cui disturbi della personalità sono strettamente associati a un comportamento suicidario.
- È necessario migliorare la diffusione delle conoscenze relative ai segni e ai sintomi del comportamento suicidario e alle strutture in cui è possibile, se necessario, ottenere aiuto – da parte di parenti e amici, medici, operatori sociali, leader religiosi, datori di lavoro o insegnanti e altro personale scolastico. I medici e gli altri operatori dell'assistenza sanitaria, in particolare, dovrebbero essere istruiti e formati per riconoscere, indirizzare e trattare i soggetti affetti da disturbi mentali, soprattutto disturbi della sfera affettiva.
- Di urgente priorità per i governi e i dipartimenti che pianificano l'assistenza sanitaria sono l'individuazione precoce e il trattamento degli individui che soffrono non solo di disturbi mentali ma anche per abuso e dipendenza da droghe e alcool. Il programma elaborato a Gotland, in Svezia, da Rutz (181) può rappresentare un utile modello da seguire per altri paesi.

Modifiche ambientali

Si consigliano svariate modifiche ambientali per limitare l'accesso ai metodi di suicidio, tra cui:

- Recintare i ponti elevati.
- Limitare l'accesso a tetti e a parti esterne di edifici alti.

- Obbligare i costruttori di autoveicoli a modificare la forma dei tubi di scappamento dei veicoli e a introdurre un meccanismo in base al quale il motore si spenga automaticamente quando rimane acceso per un certo tempo a veicolo fermo.
- Limitare l'accesso a pesticidi e fertilizzanti da parte di soggetti diversi dagli agricoltori.
- Per quanto riguarda i farmaci potenzialmente letali:
 - imporre un rigido monitoraggio delle prescrizioni da parte di medici e farmacisti;
 - ridurre il quantitativo prescrivibile;
 - confezionare i farmaci in confezioni di plastica;
 - quando possibile, prescrivere i farmaci sotto forma di supposta.
- Ridurre l'accesso alle armi per i gruppi a rischio di suicidio.

Potenziare gli sforzi a livello di comunità

Le comunità locali rappresentano contesti importanti per le attuali attività di prevenzione del suicidio, sebbene sia possibile migliorare gli sforzi a livello di comunità. In particolare, sarebbe necessario dedicare attenzione ai seguenti aspetti:

- Elaborare e valutare programmi a livello di comunità.
- Migliorare la qualità dei servizi per i programmi esistenti.
- Incrementare il finanziamento pubblico e migliorare il sostegno professionale da parte dei governi per attività quali:
 - centri di prevenzione del suicidio;
 - gruppi di sostegno per chi ha vissuto il suicidio di una persona cara (un figlio, un partner o un genitore) e che può quindi a sua volta presentare un rischio aumentato di suicidio;
 - ridurre l'isolamento sociale, promuovendo programmi di comunità quali centri giovanili e centri per anziani.
- Creare partnership e migliorare la collaborazione tra gli enti coinvolti.
- Elaborare programmi educativi di prevenzione del comportamento suicidario, non solo per le scuole, come già in atto, ma anche per i posti di lavoro e altri contesti di comunità.

Conclusioni

Il suicidio rappresenta una delle maggiori cause di morte a livello mondiale nonché un importante problema di salute pubblica. Il suicidio e il tentativo di suicidio sono fenomeni complessi che sorgono, in modi estremamente individualistici, dall'interazione di fattori biologici, psicologici, psichiatrici e sociali. La complessità delle cause comporta necessariamente un approccio di prevenzione estremamente variegato che considera anche il contesto culturale. I fattori culturali hanno un ruolo fondamentale nel comportamento suicidario (182) e determinano notevoli differenze nelle caratteristiche che questo problema presenta nei diversi paesi del mondo (183). A causa di queste differenze, il tipo di prevenzione che determina un effetto positivo in un contesto può risultare inefficace o addirittura controproducente in un'altra situazione culturale.

Sono importanti maggiori investimenti, sia per la ricerca sia per la prevenzione. Se da un lato gli sforzi a breve termine contribuiscono alla comprensione delle motivazioni del suicidio e delle azioni utili a prevenirlo, gli studi longitudinali sono necessari per comprendere il ruolo dei fattori biologici, psicosociali e ambientali del suicidio. Si sente inoltre la necessità di valutazioni rigorose e a lungo termine degli interventi. Fino a oggi, la maggior parte dei progetti ha avuto una durata limitata e non è stata quasi mai valutata.

Infine, gli sforzi di prevenzione del suicidio saranno inefficaci se non vengono inseriti nel quadro di programmi di ampio respiro elaborati da gruppi multidisciplinari, composti da funzionari del governo, pianificatori dell'assistenza sanitaria e operatori sanitari, nonché ricercatori e professionisti provenienti da un'ampia gamma di discipline e di settori. Investimenti più importanti per la pianificazione, le risorse e la collaborazione tra questi gruppi permetteranno di proseguire lungo la via della riduzione di questo grave problema di salute pubblica.

Bibliografia

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22–35.
3. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8:387–394.
4. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
5. Shneidman E. *Definition of suicide*. New York, NY, John Wiley & Sons, 1985.
6. Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. New York, NY, Springer, 1995.
7. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124:460–469.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:617–626.
9. Favazza A. Self-mutilation. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1999:125–145.
10. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.
11. Lester D. *Patterns of suicide and homicide in the world*. Commack, NY, Nova Science, 1996.
12. Lester D, Yang B. *Suicide and homicide in the 20th century*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
13. Girard C. Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58:553–574.
14. Booth H. Pacific Island suicide in comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31:433–448.
15. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:495–500.
16. Lester D. *Suicide in African Americans*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
17. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 1998, 394:5–12.
18. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
19. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
20. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
21. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
22. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990–1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
23. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. In: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
24. Graham A et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35:1–28.

25. Yip PSE, Yam CH, Chau PH. A re-visit on seasonal variations in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:315–316.
26. Ji JL, Kleinman A, Becker AE. Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9:1–12.
27. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*, 1995, 35:319–326.
28. De Leo D, Diekstra RFW. *Depression and suicide in late life*. Toronto and Bern, Hogrefe/Huber, 1990.
29. Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW: associated mortality and morbidity. *Public Health Bulletin*, 1996, 7:55–63.
30. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:54–61.
31. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36–57.
32. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. In: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
33. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
34. De Leo D et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16:1–11.
35. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:327–338.
36. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
37. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307.
38. Scocco P et al. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 2001, 189:209–218.
39. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide in mood disorders. In: Botsis AL, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier, 1997:33–46.
40. Waern M et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 1999, 354:917–918.
41. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva, World Health Organization, 1998.
42. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 1988, 72:937–971.
43. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147:190–195.
44. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117:437–438.
45. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.
46. Botswick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:1925–1932.
47. Roy A. Suicide in schizophrenia. In: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.

48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16:571–589.
49. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
50. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
51. Yip PSF et al. *Teenage suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
52. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1987.
53. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308:1227–1233.
54. Roy A. Genetics, biology and suicide in the family. In: MarisRWet al., eds. *Assessment and prediction of suicide*. New York, NY, Guilford, 1992:574–588.
55. Schulsinger F et al. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. London, Academic Press, 1979:227–287.
56. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33:1193–1197.
57. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28:45–50.
58. Coccaro EF et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46:587–599.
59. Mann JJ et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49:442–446.
60. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4:25–30.
61. Van Praag H. Suicide and aggression. In: Lester D, ed. *Suicide prevention*. Philadelphia, Brunner-Routledge, 2000:45–64.
62. Chi I, Yip PSF, Yu KK. *Elderly suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
63. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
64. Appleby L et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:168–174.
65. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543–1551.
66. Foster T et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:175–179.
67. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183:325–331.
68. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
69. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645–650.
70. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
71. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1416–1420.
72. Olson L et al. Guns, alcohol and intimate partner violence: the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*, 1999, 20:121–126.

73. Thompson MP et al. Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma and Stress*, 1999, 12:59–72.
74. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science in Medicine*, 1997, 45:1161–1176.
75. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
76. Dinwiddie S et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin control study. *Psychological Medicine*, 2000, 30:41–52.
77. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793–800.
78. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 1998, 21:99–107.
79. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:709–723.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:876–880.
81. Herrell R et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:867–874.
82. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. In: Feinleib MR, ed. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Volume 3. Prevention and interventions in youth suicide*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1989 (DHHS publication ADM 89-1623):110–137.
83. Shaffer D et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(Suppl.):64–71.
84. Millard J. Suicide and suicide attempts in the lesbian and gay community. *Australian and New Zealand Mental Health Nursing*, 1995, 4:181–189.
85. Stronski Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Advances in Pediatrics*, 1998, 45:107–144.
86. Clark DC, Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In: Bongar B, ed. *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment*. New York, NY, Oxford University Press, 1992:16–48.
87. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:254–261.
88. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 1998, 78:78–80.
89. Cantor CH, Slater PJ. Marital breakdown, parenthood and suicide. *Journal of Family Studies*, 1995, 1:91–102.
90. Yip PSF. Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 1998, 82:311–322.
91. Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate selfharm in Asians: findings and models. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12:37–43.
92. Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28:62–68.
93. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis*, 2000, 21:31–35.
94. Durkheim E. *Le Suicide*. [Suicide.] Paris, Alcan, 1897.
95. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 377(Suppl.):65–72.
96. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 23:343–358.

97. Kreitman N. *Parasuicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 1977.
98. Magne-Ingvar U, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86:153–158.
99. Maris RW. *Pathways to suicide: a survey of selfdestructive behaviors*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.
100. Negron R et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1512–1519.
101. Wenz F. Marital status, anomie and forms of social isolation: a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Diseases of the Nervous System*, 1977, 38:891–895.
102. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577–587.
103. Dennis MS, Lindsay J. Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7:263–274.
104. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate selfpoisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976–93. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:202–208.
105. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
106. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175–180.
107. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62–70.
108. De Leo D et al. *Hanging as a means to suicide in young Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.
109. Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 1998, 18:665–676.
110. Wasserman I. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1984, 49:427–436.
111. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of “Final Exit”. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1508–1510.
112. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*, 1991, 12:3–17.
113. *Rates of suicide throughout the country: fact sheet*. Washington, DC, American Association of Suicidology, 1999.
114. Dudley MJ et al. Suicide among young Australians, 1964–1993: an interstate comparison of metropolitan and rural trends. *Medical Journal of Australia*, 1998, 169:77–80.
115. Hawton K et al. *Suicide and stress in farmers*. London, The Stationery Office, 1998.
116. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Brill, 1995:173–206.
117. Cantor CH et al. *The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
118. Baume P, Cantor CH, McTaggart P. Suicide in Queensland, 1990–1995. Queensland, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
119. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
120. Varnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 22:166–169.
121. Kalediene R. Time trends in mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99:419–422.
122. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1889. *Psychological Report*, 1995, 76:1331–1341.

123. Lopatin AA, Kokorina NP. The widespread nature of suicide in Kuzbass (Russia). *Archives of Suicide Research*, 1998, 3:225–234.
124. Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85:648–658.
125. Yip PSF. Suicides in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32:243–250.
126. Morrell S et al. Suicide and unemployment in Australia 1907–1990. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:749–756.
127. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*, 1997, 27:371–381.
128. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 1998, 28:209–218.
129. Lester D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 1987, 22:99–101.
130. Faupel CE, Kowalski GS, Starr PD. Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 26:523–534.
131. Burr JA, McCall PL, Powell-Griner E. Catholic religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 1994, 75:300–318.
132. Bankston WB, Allen HD, Cunningham DS. Religion and suicide: a research note on "Sociology's One Law". *Social Forces*, 1983, 62:521–528.
133. Pope W, Danigelis N. Sociology's "one law". *Social Forces*, 1981, 60:495–516.
134. Simpson ME, Conlin GH. Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces*, 1989, 67:945–964.
135. Stack S, Wasserman I. The effect of religion on suicide ideology: an analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1992, 31:457–466.
136. Stack S. The effect of religious commitment of suicide: a cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983, 24:362–374.
137. Kok LP. Race, religion and female suicide attempters in Singapore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 40:236–239.
138. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186:12–16.
139. Marzuk PM et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:122–123.
140. Nisbet PA. Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:325–340.
141. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
142. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
143. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
144. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1318–1325.
145. Borowsky IW et al. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:573–580.
146. Goldney RD. Prediction of suicide and attempted suicide. In: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 2000:585–595.
147. Verkes RJ et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:543–547.
148. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. In: Stoff DM, Mann JJ, eds. *The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic*. New York, NY, New York Academy of Sciences, 1997:302–328.

149. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.
150. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50:971–974.
151. MacLeod AK et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37:371–379.
152. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:111–112.
153. Cotgrove A et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18:569–577.
154. Evans MO et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:23–27.
155. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:632–634.
156. Litman RE, Wold CI. Beyond crisis intervention. In: Schneidman ES, ed. *Suicidology, contemporary developments*. New York, NY, Grune & Stratton, 1976:528–546.
157. Gibbons JS et al. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry*, 1978, 133:111–118.
158. Hawton K et al. Evaluation of outpatient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine*, 1987, 17: 751–761.
159. Dew MA et al. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55:239–244.
160. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centres: a review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27:304–310.
161. Riehl T, Marchner E, Moller HJ. Influence of crisis intervention telephone services (“crisis hotlines”) on the suicide rate in 25 German cities. In: Moller HJ, Schmidtke A, Welz R, eds. *Current issues of suicidology*. New York, NY, Springer Verlag, 1988:431–436.
162. Lester D. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:75–77.
163. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919–923.
164. Kreitman N. The coal gas history: United Kingdom suicide rates, 1960–1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1972, 30:86–93.
165. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24.
166. Clarke RV, Lester D. Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987, 41:114–120.
167. Lester D, Murrell ME. The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 80:151–154.
168. Kellerman AL et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:467–472.
169. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.
170. Reed TJ. *Goethe*. Oxford, Oxford University Press, 1984 (Past Masters Series).
171. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.2).
172. *Preventing suicide: how to start a survivors group*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.6).

173. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York, NY, United Nations, 1996 (document ST/SEA/245).
174. *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.1).
175. *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.3).
176. *Preventing suicide: a resource for primary health care workers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.4).
177. *Preventing suicide: a resource for prison officers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.5).
178. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
179. United States Public Health Service. *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
180. Isacsson G. Suicide prevention: a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102:113–117.
181. Rutz W. The role of family physicians in preventing suicide. In: Lester D, ed. *Suicide prevention: resources for the millennium*. Philadelphia, PA, Brunner-Routledge, 2001:173–187.
182. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 1999, 20:53–55.
183. Schmidtke A et al. Suicide rates in the world: an update. *Archives of Suicide Research*, 1999, 5:81–89.

8. La violenza collettiva

Background

La violenza collettiva, nelle sue molteplici manifestazioni, è oggetto di un elevato livello di attenzione pubblica. I conflitti violenti tra nazioni e gruppi, il terrorismo di stato e di gruppo, lo stupro come arma di guerra, gli spostamenti di grandi numeri di persone che vengono allontanate dalle loro case, le lotte tra bande, il teppismo di massa – sono tutte situazioni che si verificano quotidianamente in diverse parti del mondo. Le conseguenze di questi diversi eventi sulla salute in termini di decessi, malattie fisiche, disabilità e angosce mentali sono immense.

La medicina è coinvolta da lungo tempo negli effetti della violenza collettiva, sia come scienza sia a livello pratico – dalla chirurgia militare all’impegno del Comitato internazionale della Croce Rossa. La sanità pubblica, tuttavia, ha iniziato a occuparsi del fenomeno solamente negli anni settanta, in seguito alle crisi umanitarie in Biafra, Nigeria. Gli insegnamenti acquisiti in quella situazione, soprattutto da parte delle organizzazioni non governative, hanno rappresentato la base di quello che è diventato un ampio corpus di conoscenze e di interventi medici nel campo dell’assistenza sanitaria preventiva.

Il mondo sta ancora imparando il modo migliore per rispondere alle diverse forme di violenza collettiva e ora è chiaro che la sanità pubblica ha un’importante ruolo da ricoprire. Come dichiarato dall’Assemblea mondiale per la salute nel 1981 (1), il ruolo degli operatori sanitari nella promozione e nella conservazione della pace rappresenta un elemento significativo per ottenere la salute per tutti.

Il presente capitolo si occupa soprattutto dei conflitti violenti, con particolare attenzione alle complesse situazioni di emergenza collegate a tali realtà violente. Se da un lato questo tipo di situazioni di crisi è spesso ampiamente documentato, molti degli aspetti a esse collegati, tra cui l’impatto non mortale sulle vittime, le cause e le risposte alle crisi, spesso restano nascoste – talvolta in modo deliberato. Il presente capitolo non si occupa delle manifestazioni di violenza collettiva che non hanno obiettivi politici, quali violenza tra bande, teppismo di massa e violenza criminale associata a banditismo.

Come viene definita la violenza collettiva?

La violenza collettiva può essere definita come:

l’uso strumentale della violenza da parte di persone che si identificano come membri di un gruppo – sia di tipo transitorio sia provvisto di un’identità più permanente – nei confronti di un altro gruppo o di un insieme di individui, al fine di raggiungere obiettivi politici, economici o sociali.

Le forme della violenza collettiva

Sono state individuate diverse manifestazioni di violenza collettiva, tra cui:

- Guerre, terrorismo e altri conflitti politici violenti che si verificano all’interno di uno stato o tra stati diversi.
- Violenza perpetrata dallo stato quale genocidio, repressione, sparizioni, tortura e altre violazioni dei diritti umani.
- Criminalità violenta organizzata quale banditismo e guerra tra bande.

Emergenze complesse

In base alla definizione dell'Inter-agency Standing Committee – il principale meccanismo delle Nazioni Unite per il coordinamento degli interventi umanitari in risposta a emergenze complesse e gravi – un'emergenza complessa è:

“una crisi umanitaria in un paese, regione o società in cui si assiste al crollo totale o di gran parte dell'autorità a causa di un conflitto interno o esterno e che necessita di una risposta internazionale che va al di là del mandato o della capacità di una singola agenzia e/o del programma delle Nazioni Unite in atto in quel paese”.

Sebbene il termine venga occasionalmente utilizzato per descrivere altre forme di disastri naturali o causati dall'uomo che determinano conseguenze significative, in questo contesto esso viene usato per descrivere le emergenze strettamente collegate a un conflitto violento, spesso con implicazioni politiche importanti.

Leaning (3) individua quattro conseguenze caratteristiche delle emergenze complesse, tutte con ripercussioni profonde sulla salute pubblica:

- sfollamento di intere popolazioni;
- distruzione delle reti sociali e degli ecosistemi;
- insicurezza che colpisce i civili e altri non coinvolti nel combattimento;
- violazione dei diritti umani.

Alcuni analisti (4) utilizzano il termine “emergenze politiche complesse” per sottolineare la natura politica di crisi specifiche. Le emergenze politiche complesse solitamente:

- travalicano i confini nazionali;
- hanno le proprie radici nella lotta per il potere e le risorse;
- sono di lunga durata;
- si verificano all'interno di strutture e divisioni sociali, politiche, economiche e culturali esistenti e le riflettono;
- sono spesso caratterizzate da una dominazione sociale “predatoria”.

Conflitti armati

Sebbene si ricorra spesso al termine “guerra” per descrivere un conflitto – e si tratta di un termine solitamente inteso nel suo significato storico come violenza tra stati diversi – la sua definizione legale è controversa. La discussione riguarda questioni quali la quantificazione (ad esempio, qual è il numero minimo di morti necessario per definire un conflitto come guerra e qual è il periodo che deve essere considerato), la dichiarazione ufficiale delle ostilità e i suoi confini geografici (ad esempio, se deve necessariamente trattarsi di un conflitto tra stati diversi oppure se può verificarsi anche all'interno di un solo stato). Per evitare queste controversie e, soprattutto per prevenire scappatoie all'applicabilità della legge umanitaria, diversi strumenti internazionali (quali la Convenzione di Ginevra del 1949) utilizzano il termine “conflitto armato”.

La notevole varietà di conflitti armati e di combattenti coinvolti ha costretto, tuttavia, gli osservatori a cercare nuovi termini per descriverli. Tra gli esempi vi sono “nuove guerre” per descrivere i conflitti in cui il confine tra concetto tradizionale di guerra, crimine organizzato e violazioni dei diritti umani su ampia scala è confuso (5), e “guerra asimmetrica”. Quest'ultimo termine, strettamente correlato al fenomeno del terrorismo moderno (6), è utilizzato per descrivere una forma di conflitto in cui un gruppo organizzato – privo della forza militare convenzionale e del potere economico – cerca di attaccare i punti deboli di società relativa-

mente ricche e aperte. Gli attacchi vengono condotti con armi e tattiche non convenzionali e senza alcun rispetto per i codici di condotta militari o politici.

Genocidio

Il genocidio costituisce una forma particolarmente odiosa di violenza collettiva, soprattutto perché i responsabili concentrano la propria azione contro un gruppo di popolazione specifico con l'intenzione di distruggerlo. Il genocidio ha pertanto, per definizione, una dimensione collettiva.

Il concetto di genocidio, tuttavia, è recente. Sebbene sia stato utilizzato da storici e altri studiosi in modo retrospettivo per eventi che si sono verificati prima del 1939 (ed è applicato nel senso storico in esempi citati più avanti in questo capitolo), il termine è stato definito in modo ufficiale solamente dopo la seconda guerra mondiale. Gli orrori dell'olocausto nazista hanno sollecitato il dibattito internazionale che ha portato alla codificazione del termine nel 1948 nella Convenzione sulla prevenzione e la punizione del crimine di genocidio. Tale Convenzione è diventata operativa il 12 gennaio 1951. L'articolo 2 della Convenzione definisce il genocidio come "uno qualsiasi dei seguenti atti, commesso con l'intenzione di distruggere, totalmente o in parte, un gruppo nazionale, etnico, razziale o religioso, ad esempio:

- uccidere membri del gruppo;
- causare gravi lesioni fisiche o mentali ai membri del gruppo;
- infliggere deliberatamente al gruppo condizioni di vita che determineranno la sua distruzione fisica totale o parziale;
- imporre misure volte a prevenire le nascite all'interno del gruppo;
- trasferire in modo forzato bambini del gruppo a un altro gruppo".

Il crimine di genocidio è punibile secondo la Convenzione così come lo sono la complicità in genocidio, la cospirazione, l'incitamento diretto e pubblico nonché il tentativo di commettere genocidio.

In seguito al conflitto verificatosi nel 1994 in Ruanda, il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite ha espresso in diverse risoluzioni le proprie profonde preoccupazioni in merito alle segnalazioni di genocidio e ha deciso di istituire un Tribunale penale internazionale specifico per il Ruanda. Il tribunale ha già emesso e confermato diverse condanne per genocidio. La Camera di primo grado del Tribunale penale internazionale per l'ex Jugoslavia, nell'agosto del 2001 ha emesso la prima condanna per genocidio nell'ambito del conflitto in Bosnia-Erzegovina, in riferimento al massacro dei musulmani bosniaci che ebbe luogo a Srebrenica nel luglio 1995.

Dati relativi alla violenza collettiva

Fonti dei dati

Un'ampia gamma di istituti di ricerca raccoglie e analizza i dati sulle vittime dei conflitti internazionali e dei conflitti all'interno di un singolo paese. Essi comprendono lo Stockholm International Peace Research Institute (SIPRI), che ha elaborato un formato standard dettagliato per le proprie relazioni annuali sull'impatto dei conflitti e il Correlate of War project all'Università del Michigan negli Stati Uniti, una fonte frequentemente citata sull'ampiezza delle cause dei conflitti dal XIX secolo a oggi.

I dati relativi a tortura e violazioni dei diritti umani sono raccolti da diverse agenzie nazionali che si occupano di diritti umani, così come da un numero sempre maggiore di organizzazioni non governative internazionali, tra cui African Rights, Amnesty International e Human

Rights Watch. Nei Paesi Bassi, Interdisciplinary Research Programme on Root Causes of Human Rights Violations si occupa dei decessi e degli altri esiti di abuso a livello mondiale.

Problemi relativi alla raccolta dei dati

La maggior parte dei paesi poveri non dispone di sistemi di registrazione sanitaria affidabili e ciò rende particolarmente difficile quantificare le proporzioni di decessi, malattia e disabilità legati ai conflitti. Inoltre, le emergenze complesse annientano qualsiasi sistema di sorveglianza e informazione esistente (7). Tuttavia, sono state elaborate alcune tecniche innovative per superare queste difficoltà. In Guatemala sono stati abbinati tre gruppi separati di dati con informazioni ottenute da testimoni e vittime per giungere a una stima delle morti totali dovute alla guerra civile. In base a questo metodo si ritiene che circa 132.000 persone abbiano perso la vita. Il numero registrato a livello ufficiale era decisamente inferiore, poiché non teneva conto di circa 100.000 decessi (8).

Le vittime tra le forze armate sono solitamente registrate in base a procedure militari ben definite e si tratta pertanto di stime abbastanza accurate. I numeri relativi ai genocidi sono chiaramente soggetti a maggiore manipolazione ed è quindi più difficile confermarli. Le stime relative alle uccisioni di massa di civili possono variare anche da uno a 10. Nel genocidio ruandese del 1994, le morti stimate variavano da 500.000 a un milione. A Timor Est sono state dichiarate scomparse decine di migliaia di persone subito dopo il conflitto del 1999 e a diversi mesi di distanza non si era ancora capito se questi numeri iniziali erano corretti. Nulla di certo si è saputo in relazione al numero di vittime del conflitto verificatosi nella Repubblica Democratica del Congo tra il 1998 e il 2001, sebbene stime recenti abbiano suggerito l'ipotesi che 2,5 milioni di persone vi abbiano perso la vita (9).

La raccolta dei dati pone molte difficoltà. Tra queste vi sono i problemi legati alla valutazione della salute e della mortalità tra popolazioni in fase di rapido cambiamento, la mancanza di accesso ai servizi da cui è possibile raccogliere dati e un'ampia gamma di condizionamenti. I diversi attori di un conflitto spesso cercano di manipolare i dati relativi alle vittime e alle risorse. È pertanto probabile che esistano condizionamenti nelle informazioni e nel modo in cui le vittime vengono calcolate. Le organizzazioni della società civile, per questo motivo, hanno un ruolo importante nel documentare i casi di violenza collettiva. È spesso difficile verificare anche i dati relativi alle violazioni dei diritti umani poiché i responsabili fanno del proprio meglio – attraverso rapimenti, sparizioni e assassinii politici – per nascondere l'evidenza di tali violazioni. Diverse organizzazioni, tra cui Amnesty International, Human Rights Watch e Physicians for Human Rights, hanno elaborato tecniche globali per raccogliere, valutare e verificare i dati relativi alle violazioni dei diritti umani.

Le dimensioni del problema

L'OMS ritiene che circa 310.000 persone siano morte nel 2000 per lesioni dovute alla guerra (Appendice statistica, Parte prima). Tali decessi sono classificati in base ai codici della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) relativi alle lesioni dovute operazioni di guerra (ICD-9⁽¹⁾ E990-E999 o ICD-10⁽²⁾ Y36). I tassi dei decessi legati alla guerra variavano

1. Classificazione internazionale delle malattie, nona revisione (10).

2. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei relativi problemi di salute, decima revisione (11).

da meno di 1 ogni 100.000 nei paesi ad alto reddito a 6,2 ogni 100.000 individui nei paesi a basso e medio reddito. A livello mondiale, i tassi più elevati sono stati osservati nella Regione africana dell'OMS (32,0 ogni 100.000), seguita dai paesi a basso e medio reddito della Regione OMS del Mediterraneo orientale (8,2 ogni 100.000) e dalla Regione europea dell'OMS (7,6 ogni 100.000).

Vittime dei conflitti

Tra il XVI e il XX secolo il totale dei decessi stimati dovuti a conflitti sono stati in ogni secolo rispettivamente 1,6 milioni, 6,1 milioni, 7,0 milioni, 19,4 milioni e 109,7 milioni (12, 13). Tali numeri chiaramente non indicano le circostanze in cui gli individui sono morti. Si ritiene, ad esempio, che 6 milioni di persone abbiano perso la propria vita durante la cattura e il trasporto degli schiavi nel corso di quattro secoli e che 10 milioni di abitanti indigeni dell'America morirono per mano dei colonizzatori europei.

In base a una stima (14), circa 191 milioni di persone morirono direttamente o indirettamente nei 25 maggiori casi di violenza collettiva del XX secolo e il 60% di questi decessi si è verificato tra persone non coinvolte nei combattimenti. A parte la prima e la seconda guerra mondiale, due degli eventi più catastrofici in termini di vite umane perse sono stati il periodo del terrore stalinista e i milioni di persone morte in Cina durante il Grande Balzo in Avanti (1958-1960). Entrambi gli eventi sono ancora circondati da interrogativi relativi alle dimensioni delle perdite umane. I decessi legati ai conflitti nei 25 eventi più ampi comprendono circa 39 milioni di militari e 33 milioni di civili. La fame dovuta a conflitti e genocidi nel XX secolo ha ucciso altri 40 milioni di persone.

Un aspetto relativamente nuovo nei conflitti armati è rappresentato dal numero sempre maggiore di morti violente tra i civili impiegati delle Nazioni Unite e tra gli operatori delle organizzazioni non governative nelle zone di guerra. Nel periodo 1985-1998, sono morte più di 380 persone tra gli operatori umanitari (15) e il numero di civili delle Nazioni Unite uccisi è superiore a quello dei militari delle forze di pace delle Nazioni Unite.

Tortura e stupro

La tortura rappresenta una pratica comune in diversi conflitti (Box 8.1). È molto difficile valutare le dimensioni di questo problema perché le vittime tendono a nascondere il trauma che hanno patito ed esistono anche pressioni politiche per coprire il ricorso alla tortura.

In numerosi conflitti è stato anche documentato il ricorso allo stupro come arma di guerra. Sebbene le donne costituiscano l'assoluta maggioranza delle vittime di tale pratica, nei conflitti ne sono vittime anche gli uomini. Le stime relative al numero di donne stuprate in Bosnia ed Erzegovina durante il conflitto nel 1992 il 1995 varia da 10.000 a 60.000 (22). Segnalazioni di stupro durante conflitti violenti negli ultimi decenni riguardano anche, tra gli altri, Bangladesh, Liberia, Ruanda e Uganda (Capitolo 6). Lo stupro è spesso utilizzato per terrorizzare e indebolire intere comunità, per obbligare alla fuga e per distruggere le strutture di una comunità. Gli effetti fisici e psicologici sulle vittime durano molto a lungo (23, 24).

La natura dei conflitti

Dalla seconda guerra mondiale si sono verificati 190 conflitti armati, solo un quarto dei quali tra stati diversi. I conflitti contemporanei, infatti, hanno luogo sempre più frequentemente all'interno di un singolo stato piuttosto che tra stati diversi. La maggior parte dei conflitti armati dalla fine della seconda guerra mondiale ha avuto una durata inferiore a 6 mesi. Quelli più lunghi spesso hanno avuto una durata di molti anni. In Vietnam, ad esempio, il conflitto

Box 8.1 La tortura

Molti trattati internazionali hanno fornito una definizione di tortura. La Convenzione delle Nazioni Unite contro la tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti del 1984 ne parla come di un “atto attraverso il quale viene inflitto intenzionalmente a una persona grave dolore o sofferenza, a livello fisico o mentale”, con l’intenzione di ottenere informazioni o una confessione, come punizione, intimidazione o coercizione, “o per qualsiasi ragione determinata da un atto di discriminazione di qualsiasi genere”. La Convenzione si occupa della tortura da parte di funzionari pubblici o di altri soggetti che agiscono in veste ufficiale.

Nella preparazione della propria relazione sulla tortura dell’anno 2000 (16), l’organizzazione per i diritti umani Amnesty International ha riscontrato segnalazioni di tortura o di trattamento scorretto da parte di funzionari pubblici in più di 150 paesi. In più di 70, la pratica era apparentemente diffusa e in più di 80 paesi veniva segnalata la morte delle vittime come conseguenza della tortura. Sembrava che la maggior parte delle vittime fosse rappresentata da persone sospettate o condannate per reati penali e la maggior parte dei responsabili della tortura erano ufficiali di polizia.

È probabile che la prevalenza della tortura nei confronti di sospetti criminali sia sotto-riferita, poiché le vittime non sono solitamente in grado di sporgere denuncia. In alcuni paesi, una consolidata pratica di tortura per i criminali comuni attira l’attenzione solo quando si allenta la repressione politica. In assenza di adeguata formazione e di meccanismi investigativi, è possibile che la polizia utilizzi la tortura o un comportamento scorretto per strappare confessioni velocemente e ottenere condanne.

In alcuni casi, l’obiettivo della tortura consiste nell’ottenere informazioni, una confessione (vera o falsa), spingere alla collaborazione o “rovinare” la vittima come esempio per altri. In altri casi, punizione e umiliazione sono l’obiettivo principale. La tortura viene inoltre utilizzata talvolta come mezzo di estorsione. Una volta istituito, un regime di tortura è in grado di perpetuarsi.

La tortura presenta gravi implicazioni per la salute pubblica, poiché danneggia la salute mentale e fisica delle popolazioni. È possibile che le vittime rimangano nel proprio paese, si adattino nel modo migliore, con o senza sostegno medico e psicosociale. Se i loro bisogni non vengono soddisfatti in modo appropriato, questi soggetti rischiano di diventare membri della società sempre più alienati o disfunzionali. Accade lo stesso nel caso vadano in esilio. I dati a disposizione sugli individui che richiedono asilo, alcuni dei quali sono stati vittime di tortura nel proprio paese d’origine, evidenziano come si tratti di persone che hanno bisogni sanitari importanti (17, 18).

L’incapacità di controllare il ricorso alla tortura incoraggia la cattiva pratica da parte della polizia e delle forze di sicurezza, nonché una maggiore tolleranza nei confronti di chi viola i diritti umani e della tortura. Diverse organizzazioni di professionisti sanitari hanno preso una posizione netta contro la tortura, considerando la prevenzione di questo tipo di violenza strettamente collegata al proprio impegno medico e al bene della salute pubblica (19). Anche le organizzazioni non governative hanno promosso la prevenzione (20).

È stato raccomandato l’utilizzo a livello globale di un particolare meccanismo di controllo – il sistema di ispezione del Consiglio d’Europa. Un iniziale “Protocollo opzionale” alla Convenzione sulla tortura delle Nazioni Unite potrebbe offrire un sistema di ispezione simile nei luoghi di detenzione. Fino a oggi il cammino verso l’elaborazione di un Protocollo opzionale è stato lento.

Le iniziative volte a indagare e a documentare la tortura sono sorte negli ultimi anni. Le linee guida delle Nazioni Unite sulla valutazione e la registrazione dell’evidenza medica della tortura, conosciute come “Protocollo di Istanbul”, sono state elaborate nel 1999 da studiosi in campo legale, medici, osservatori dei diritti umani e legali provenienti da 15 paesi, e pubblicate due anni dopo (21).

violento è durato più di due decenni. Altri esempi comprendono i conflitti in Afghanistan e Angola. Il numero totale dei conflitti armati è stato inferiore a 20 negli anni cinquanta, più di 30 negli anni sessanta e negli anni settanta e ha superato i 50 verso la fine degli anni ottanta. Se da un lato dopo il 1992 si è verificato un numero inferiore di conflitti armati, la loro durata è stata complessivamente superiore.

Anche se i conflitti all'interno di uno stato rappresentano una situazione più comune, esistono ancora conflitti tra stati diversi. La guerra tra l'Iraq e la Repubblica islamica dell'Iran nel 1980-1988 si ritiene abbia determinato la morte di 450.000 militari e di 50.000 civili (13). Il conflitto tra Eritrea ed Etiopia alla fine del XX secolo è stato combattuto soprattutto tra due eserciti convenzionali, con armi pesanti e guerra di trincea e ha comportato la morte di decine di migliaia di persone. Vi sono state inoltre coalizioni di forze multinazionali impegnate in un conflitto a causa di massicci attacchi aerei – come nella guerra del Golfo contro l'Iraq nel 1991 e nella campagna della Nato contro la Repubblica Federale di Jugoslavia nel 1999. Molti dei conflitti che si sono verificati dalla fine della seconda guerra mondiale hanno interessato i paesi in via di sviluppo. Dopo il collasso dei regimi comunisti dell'Europa orientale e dell'ex Unione Sovietica verso la fine degli anni ottanta e i primi anni novanta, si è assistito a un netto aumento, per un certo periodo, dei conflitti armati in Europa.

Negli ultimi due secoli le dimensioni dell'area di conflitto sono radicalmente cambiate. Fino all'inizio del XIX secolo, la guerra tra stati diversi aveva luogo su un "campo di battaglia". La mobilitazione di cittadini soldati durante le guerre napoleoniche creò campi di battaglia più ampi, ma fondamentalmente simili. Dal XIX secolo, grazie allo sviluppo delle reti ferroviarie e alla meccanizzazione dei trasporti di massa divenne possibile una guerra mobile con posizioni velocemente modificabili su ampie aree geografiche. Successivamente, lo sviluppo di carri armati, sottomarini, cacciabombardieri e missili teleguidati ha messo le basi per campi di battaglia senza limiti geografici. I conflitti più recenti, quali quello intrapreso nel 1999 dalla Nato contro la Repubblica Federale di Jugoslavia, sono stati definiti "guerre virtuali" (25), a causa delle dimensioni su cui vengono combattuti con missili controllati a distanza, senza il coinvolgimento di truppe di terra.

Quali sono i fattori di rischio per la violenza collettiva?

Un'efficace attività di salute pubblica richiede la capacità di individuare i fattori di rischio e i determinanti della violenza collettiva, e di elaborare approcci per risolvere i conflitti senza ricorrere alla violenza. Sono stati individuati svariati fattori di rischio per i più gravi conflitti politici. In particolare, la Commissione Carnegie per la prevenzione dei conflitti mortali (26) ha elaborato un elenco di indicatori per gli stati che corrono il rischio di collasso o di conflitto interno (Tabella 8.1). Combinati, questi fattori interagiscono l'uno con l'altro e creano le condizioni per un conflitto violento. Singolarmente, nessuno di essi è in grado di generare violenza o di condurre alla disintegrazione di uno stato.

I fattori di rischio per i conflitti violenti comprendono:

- Fattori politici:
 - mancanza di processi democratici;
 - disparità nell'accesso al potere.
- Fattori economici:
 - palese disparità nella distribuzione delle risorse;
 - disparità nell'accesso alle risorse;
 - controllo delle risorse naturali chiave;
 - controllo della produzione o del commercio di droghe.

- Fattori a livello di società e di comunità:
 - disparità tra gruppi diversi;
 - alimentazione del fanatismo di un gruppo su base etnica, nazionale o religiosa;
 - facile disponibilità di armi di piccole dimensioni e di altro genere.
- Fattori demografici:
 - rapidi mutamenti demografici.

È possibile individuare molti di questi fattori di rischio prima che si crei un'evidente situazione di violenza collettiva.

Tabella 8.1 Indicatori di stati a rischio di collasso e conflitti interni

Indicatore	Segni
Disparità	• Dilatamento delle disparità sociali ed economiche – soprattutto quelle tra gruppi di popolazione diversi, piuttosto che al loro interno
Caratteristiche demografiche in rapido mutamento	• Elevati tassi di mortalità infantile • Rapidi mutamenti della struttura della popolazione, tra cui spostamenti di profughi su larga scala • Densità di popolazione eccessivamente elevate • Elevati livelli di disoccupazione, soprattutto tra i giovani • Insufficiente fornitura di cibo o accesso all'acqua potabile • Dispute relative alla terra o alle risorse ambientali che vengono reclamate da diversi gruppi etnici
Mancanza di processi democratici	• Violazioni dei diritti umani • Comportamento criminale da parte dello stato • Corruzione dei governi
Instabilità politica	• Rapidi mutamenti di regime
Composizione etnica del gruppo dominante profondamente diversa da quella della popolazione generale	• Potere politico ed economico esercitato – e applicato in modo diverso – in base all'identità etnica o religiosa • Profanazione di simboli etnici o religiosi
Deterioramento dei servizi pubblici	• Significativo peggioramento dell'ampiezza e dell'efficacia delle reti di sicurezza sociale elaborate per garantire standard universali minimi di servizio
Grave deterioramento economico	• Sviluppo economico irregolare • Guadagni o perdite palesemente differenti tra diversi gruppi di popolazione o tra aree geografiche dovuti a profondi mutamenti economici • Perdite o trasferimenti finanziari consistenti su periodi brevi
Cicli di vendetta violenta	• Ciclo continuo di violenza tra gruppi rivali

Fattori politici ed economici

La palese disparità nella distribuzione delle risorse, in modo particolare dei servizi sanitari e di educazione, nonché la disparità di accesso a queste risorse e al potere politico – dovuta a motivi geografici, di classe sociale, religione, razza o etnia – rappresentano fattori importanti che possono contribuire al conflitto tra gruppi diversi. Una leadership non democratica, soprattutto se repressiva e se fonda il proprio potere sull'appartenenza etnica o religiosa, rappresenta un importante fattore che contribuisce al conflitto. Il deterioramento dei servizi pubblici, che colpisce solitamente in modo più grave i segmenti più poveri della società, può costituire il primo segnale di una situazione in peggioramento.

Il conflitto è meno probabile in situazioni di crescita economica piuttosto che in economie in fase di contrazione, in cui la competizione per le risorse viene intensificata.

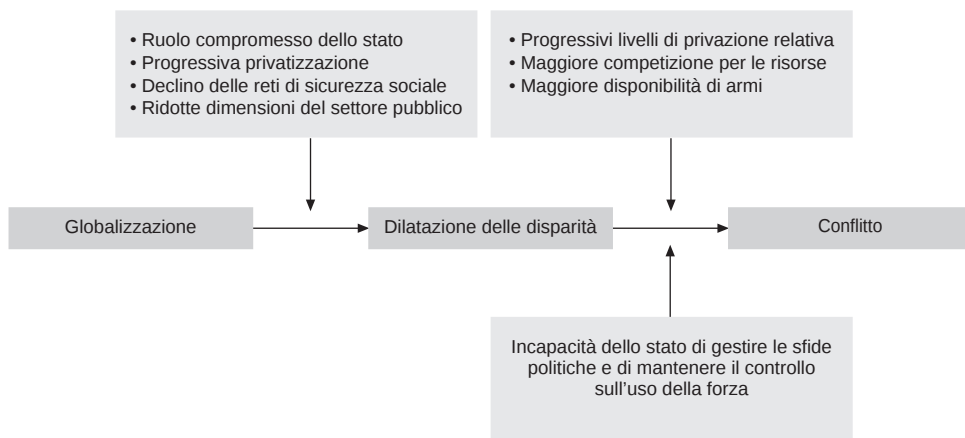
Globalizzazione

Le tendenze dell'economia globale hanno accelerato il passo dell'integrazione e della crescita economica per alcuni paesi e per alcuni gruppi all'interno di un paese, ma allo stesso tempo hanno contribuito alla frammentazione e alla marginalizzazione economica di altri. Altri possibili fattori di rischio riconducibili alla globalizzazione hanno carattere finanziario (i rapidi e ampi movimenti di denaro in tutto il mondo) e culturale (aspirazioni individuali e collettive determinate dai media a livello globale che non possono realisticamente essere soddisfatte). Non è ancora chiaro se l'attuale spinta verso la globalizzazione condurrà a maggiori conflitti e a violenze più esasperate all'interno dei paesi o tra stati diversi. La Figura 8.1 mostra i potenziali legami tra globalizzazione e verificarsi di conflitti (27).

Risorse naturali

Le lotte per l'accesso alle risorse naturali chiave spesso contribuiscono ad alimentare e a prolungare i conflitti. Esempi di questo tipo di conflitti negli ultimi due decenni sono quelli colle-

Figura 8.1 Possibili legami tra globalizzazione, disparità e conflitto



gati ai diamanti in Angola, nella Repubblica Democratica del Congo e in Sierra Leone; al petrolio in Angola e nel Sudan meridionale; al legno e alle gemme in Cambogia. In altre zone, tra cui Afghanistan, Colombia e Myanmar, il desiderio di controllare la produzione e la distribuzione della droga ha contribuito a conflitti violenti.

Fattori a livello di società e di comunità

Un fattore di rischio particolarmente importante collegato al verificarsi dei conflitti è l'esistenza di disparità tra i gruppi, soprattutto quando queste disparità si ampliano (28), e se rispecchiano una diseguale allocazione delle risorse all'interno di una società. Questo fattore di rischio si osserva spesso nei paesi in cui il governo è dominato da una comunità che esercita il potere politico, militare ed economico su comunità molto diverse.

La facile disponibilità di armi di piccole dimensioni o di altro genere per la popolazione generale può inoltre incrementare il rischio di conflitto. Si tratta di un problema particolarmente grave nelle aree in cui si sono già verificati conflitti e dove i programmi di smobilitazione, riconsegna delle armi e creazione di posti di lavoro per gli ex militari sono inadeguati o non sono ancora stati istituiti.

Fattori demografici

Mutamenti demografici rapidi – tra cui una maggiore densità di popolazione e un numero più elevato di giovani – abbinati all'incapacità di un paese di compensare l'aumento della popolazione con un corrispondente adeguamento dei posti di lavoro e delle scuole, possono contribuire a un conflitto violento, soprattutto nei casi in cui esistono già altri fattori di rischio. In queste condizioni, si possono verificare grandi movimenti di popolazione nel momento in cui individui disperati cercano una vita più sostenibile altrove, e ciò a sua volta può aumentare il rischio di violenza nelle aree in cui queste persone si spostano.

Fattori tecnologici

Il livello tecnologico delle armi non condiziona necessariamente il rischio di un conflitto, ma ne definisce le dimensioni e il grado di distruzione che si verificherà. Molti secoli fa, il passaggio dalla freccia alla balestra aumentò le possibilità e la forza distruttiva dei proiettili. Molto più tardi vennero create semplici armi da fuoco, seguite da carabine, mitragliatori e mitragliette. La capacità di sparare un maggior numero di proiettili, più velocemente, con una gittata e una precisione maggiori ha aumentato notevolmente il potenziale potere distruttivo di tali armi. Comunque, persino armi di base, quali il machete, possono contribuire al verificarsi di distruzioni di massa di esseri umani, come accaduto nel genocidio in Ruanda del 1994 (29). Negli episodi di terrorismo dell'11 settembre 2001 negli Stati Uniti, in cui degli aerei con passeggeri civili sono stati dirottati e deliberatamente lanciati contro le torri del World Trade Center e il Pentagono, uccidendo migliaia di persone, le armi convenzionali non hanno avuto un ruolo determinante.

Le conseguenze della violenza collettiva

L'impatto sulla salute

L'impatto di un conflitto sulla salute può essere enorme in termini di mortalità, morbidità e disabilità (Tabella 8.2).

Mortalità infantile

Durante un conflitto la mortalità infantile solitamente aumenta. Malattie prevenibili quali

morbillo, tetano e difterite possono diventare epidemiche. A metà degli anni ottanta, la mortalità infantile in Uganda arrivò a superare il tasso di 600 ogni 1000 individui in alcune zone interessate dal conflitto (30). Secondo l'Unicef, nel periodo 1960-1986 si sono verificate riduzioni della mortalità infantile in tutti i paesi dell'Africa meridionale, tranne l'Angola e il Mozambico, paesi interessati in quel periodo da conflitti (31). Gli sforzi per sradicare malattie infettive quali la poliomielite sono ostacolati da residui della malattia nelle zone interessate da conflitti.

A Zepa, in Bosnia-Erzegovina – una “zona sicura” prima controllata dalle Nazioni Unite e

Tabella 8.2 **Esempi dell'impatto diretto di un conflitto sulla salute**

Impatto sulla salute	Cause
Maggiore mortalità	• Decessi dovuti a cause esterne, soprattutto per le armi • Decessi dovuti a malattie infettive (quali morbillo, poliomielite, tetano e malaria) • Decessi dovuti a malattie non trasmissibili, così come decessi altrimenti evitabili tramite assistenza medica (quali asma, diabete e chirurgia d'urgenza)
Maggiore morbidità	• Lesioni per cause esterne, quali quelle dovute ad armi, mutilazione, mine antiuomo, ustioni e avvelenamento • Morbidità associata ad altre cause esterne, compresa la violenza sessuale • Malattie infettive: – dovute all'acqua (quali colera, tifo e dissenteria dovuta a <i>Shigella spp.</i>) – da vettore (malaria e oncocercosi) – altre malattie trasmissibili (quali tubercolosi, infezioni acute delle vie respiratorie, infezione da HIV e altre malattie a trasmissione sessuale) • Salute riproduttiva: – numero maggiore di nascite di un feto morto e di parti prematuri, maggior numero di casi di basso peso alla nascita e più complicazioni durante il parto – impatto genetico a lungo termine dell'esposizione ad agenti chimici e a radiazioni • Nutrizione – Malnutrizione acuta e cronica nonché svariati disturbi da carenza • Salute mentale: – ansia – depressione – disturbo da stress post-traumatico – comportamento suicidario
Maggiore disabilità	• Fisica • Psicologica • Sociale

successivamente occupata dalle forze serbo-bosniache, i tassi di mortalità prenatale e infantile sono raddoppiati dopo solo un anno di conflitto. A Sarajevo, i parti prematuri sono raddoppiati e il peso medio alla nascita è diminuito fino al 20% dal 1993.

Malattie trasmissibili

L'aumento del rischio di malattie infettive durante i conflitti nasce solitamente da:

- riduzione della copertura vaccinale;
- spostamenti delle popolazioni e sovraffollamento nei campi profughi;
- maggiore esposizione a vettori e rischi ambientali, quali ad esempio acque inquinate;
- riduzione delle campagne di salute pubblica e delle attività di prevenzione esterne;
- mancanza di accesso ai servizi di assistenza sanitaria.

Durante i combattimenti in Bosnia ed Erzegovina nel 1994, venne vaccinata una percentuale di bambini inferiore al 35%, rispetto al 95% del periodo precedente le ostilità (32, 33). In Iraq si assistette a una netta riduzione della copertura vaccinale dopo la guerra del Golfo del 1991 e le successive sanzioni economiche e politiche. Recenti evidenze osservate nel Salvador, tuttavia, indicano come sia possibile, tramite interventi di assistenza sanitaria selettivi e la disponibilità di risorse adeguate, migliorare alcuni problemi sanitari anche in periodo di guerra (34).

Nel 1985-1986 in Nicaragua un'epidemia di morbillo venne attribuita in gran parte alla ridotta capacità del servizio sanitario di vaccinare i soggetti a rischio nelle aree coinvolte da conflitti (35). Un deterioramento delle attività di controllo della malaria venne collegato a epidemie di questa malattia in Etiopia (36) e in Mozambico (37), evidenziando la vulnerabilità dei programmi di controllo della malattia durante i periodi di conflitto. Si pensa a ragione che l'epidemia di febbre emorragica Ebola a Gulu, in Uganda, nel 2000 fosse collegata al rientro delle truppe dai combattimenti nella Repubblica Democratica del Congo.

Si ritiene che le epidemie di febbre tifoidea e di febbre ricorrente – malattie infettive trasmesse da zecche, pulci e pidocchi infetti – siano legate ai campi militari, alle carceri e ai campi di emergenza, nonché alla vendita di coperte e abiti infetti alle comunità locali da parte dei militari in ritirata (36). Nell'esodo dal Ruanda del 1994, le epidemie di malattie trasmesse con l'acqua, quali il colera e la dissenteria dovuta a *Shigella spp.*, hanno determinato in meno di un mese la morte del 6-10% della popolazione di profughi arrivati nello Zaire (attuale Repubblica Democratica del Congo) (38). L'approssimativo tasso di morte di 20-35 ogni 10.000 individui al giorno era 2-3 volte più elevato rispetto a quello precedentemente dichiarato per le popolazioni di profughi. Nei periodi di conflitti violenti e successivamente a essi si evidenzia spesso un rischio decisamente superiore di trasmissione dell'infezione da HIV e di altre malattie a trasmissione sessuale (39). In molti eserciti, la prevalenza dell'infezione da HIV ha già raggiunto livelli elevati (40). Nei periodi di conflitto, le forze militari (tra cui talvolta anche le forze di pace) ritengono di essere autorizzate a pretendere servizi di tipo sessuale dalla popolazione locale, con la forza o a pagamento (41). La trasmissione dell'HIV e di altre malattie a trasmissione sessuale è ulteriormente alimentata dal fatto che le truppe hanno un elevato livello di mobilità e alla fine ritornano in regioni diverse dopo la smobilitazione (36, 42, 43). A livello globale, i profughi e gli individui che si sono dovuti spostare all'interno di uno stesso paese presentano un rischio aumentato di infezione da HIV (44) per i seguenti motivi:

- Sono solitamente più esposti al rischio di abuso e violenza sessuale.
- Presentano maggiori probabilità di dedicarsi alla prostituzione – poiché sono stati privati delle loro normali fonti di reddito per sopravvivere.

- I bambini allontanati dalle loro comunità, con poco da fare ed eventualmente nessuno che si occupi di loro, possono diventare sessualmente attivi prima di quanto accadrebbe in una situazione normale.
- Il sangue utilizzato in situazioni di emergenza per le trasfusioni potrebbe non essere stato controllato per l'HIV.

Disabilità

I dati sulla disabilità legati ai conflitti sono scarsi. Un'indagine a livello nazionale condotta nel 1982 nello Zimbabwe ha evidenziato che il 13% di tutte le disabilità fisiche è un risultato diretto del precedente conflitto armato. In Etiopia, più di trent'anni di guerra hanno causato circa un milione di morti, la metà dei quali tra i civili (36). Circa un terzo dei 300.000 militari ritornati dal fronte dopo la fine del conflitto era stato ferito o colpito da una disabilità e almeno 40.000 individui avevano perso uno o più arti nel conflitto. Le mine di terra sono una delle cause più importanti di disabilità. In Cambogia, 36.000 persone – una persona su 236 – hanno perso almeno un arto dopo aver fatto scoppiare per errore una mina (45). Solo nel 1990 sono diventati disabili in questo modo 6000 individui. In Afghanistan negli anni ottanta sono state posizionate più di 30 milioni di mine.

In alcuni conflitti, la mutilazione – il taglio di orecchie o labbra, come ad esempio in Mozambico durante la guerra civile (46), o di arti, come più recentemente accaduto in Sierra Leone (47) – è stata praticata in modo sistematico per abbassare il morale dei nemici.

Salute mentale

L'impatto di un conflitto sulla salute mentale è condizionato da diversi fattori. Tra questi (48):

- la salute psicologica dei soggetti coinvolti, prima dell'evento;
- la natura del conflitto;
- la forma del trauma (se si sopravvive alla violenza o si assiste oppure nel caso se ne sia direttamente interessati, come accade per la tortura e altri tipi di violenza repressiva);
- la risposta al trauma, da parte dei singoli individui e delle comunità;
- il contesto culturale in cui si verifica la violenza.

Gli stress psicologici legati ai conflitti sono associati o derivano da (49):

- spostamento, sia forzato che volontario;
- perdita e lutto;
- isolamento sociale;
- perdita di status;
- perdita della comunità;
- in alcuni contesti, adeguamento culturale a nuovi ambienti.

Tra le manifestazioni di tali tensioni vi possono essere:

- depressione e ansia;
- malattie psicosomatiche;
- atteggiamento suicidario;
- conflitti intrafamiliari;
- abuso di alcool;
- comportamenti antisociali.

I profughi soli e isolati, così come le donne capofamiglia, possono essere particolarmente esposti al rischio di stress psicologico.

Alcuni esperti (48, 50) hanno messo in guardia contro l'idea che le persone non abbiano la capacità e la forza di reagire alle situazioni negative che nascono da un conflitto violento. Altri hanno evidenziato il rischio (51) che i programmi di assistenza umanitaria possano diventare un sostituto del dialogo politico con le parti in conflitto – eventualmente con quella che ne rappresenta l'elemento più importante. Studi condotti in Sudafrica (52) hanno osservato come non tutti coloro che avevano subito un trauma sotto il regime di apartheid fossero diventati "vittime". Piuttosto, almeno in alcuni casi, le persone colpite erano state in grado di reagire in modo deciso perché percepivano se stesse in lotta per cause valide e legittime. È possibile che il modello medico che evidenzia per gli individui la "sindrome da stress post-traumatico" non sia in grado di considerare la varietà e la complessità delle risposte umane a eventi difficili (48). È attualmente sempre più chiaro come la ripresa da un trauma psicologico dovuto a un conflitto violento sia collegata alla ricostruzione delle reti sociali ed economiche e delle istituzioni culturali (50).

Spesso i conflitti violenti determinano maggiori tassi di depressione, abuso di sostanze e suicidio (34). Prima dei due decenni di conflitto che lo hanno interessato, lo Sri Lanka presentava un tasso globale di suicidio decisamente inferiore a quello attuale (53). Risultati analoghi sono stati evidenziati nel Salvador (34). In entrambi i casi, il forte aumento dei suicidi era almeno in parte dovuto alla violenza politica.

Dal punto di vista della salute mentale, le popolazioni interessate da un conflitto violento possono essere suddivise in tre gruppi (54):

- soggetti interessati da malattie psichiatriche disabilitanti;
- individui con gravi reazioni psicologiche al trauma;
- persone, la maggioranza, in grado di adeguarsi una volta ristabiliti pace e ordine.

È possibile che i primi due gruppi traggano importante beneficio dall'erogazione di un genere di assistenza per la salute mentale che tenga in considerazione i fattori culturali e socioeconomici.

L'impatto su popolazioni specifiche

L'effetto diretto di un conflitto sulla salute delle forze armate è solitamente registrato con una certa precisione; spesso però è particolarmente difficile valutare l'effetto di un conflitto su gruppi particolari. Le dimensioni e la densità di una popolazione possono variare notevolmente in breve tempo quando gli individui si spostano in zone sicure e in luoghi in cui esistono risorse disponibili. Questo fatto complica la misurazione dell'impatto di una guerra sulla salute.

Civili

In base alla Convenzione di Ginevra del 1949, le forze armate sono obbligate ad applicare i principi di proporzionalità e distinzione nella scelta dei propri obiettivi. Il concetto di proporzionalità riguarda il tentativo di ridurre al minimo le vittime civili quando si hanno obiettivi militari o collegati. Il concetto di distinzione implica l'impegno a evitare obiettivi civili quando possibile (52). Nonostante tali tentativi di regolamentare il proprio impatto, i conflitti armati causano molti morti tra i civili.

Se da un lato le morti tra civili possono rappresentare il risultato diretto delle operazioni militari, i maggiori tassi di mortalità tra i civili in tempo di guerra riflettono solitamente gli

effetti combinati di:

- minore accessibilità al cibo e conseguente cattiva alimentazione;
- maggiore rischio di malattie trasmissibili;
- minore accesso ai servizi sanitari;
- numero inferiore di programmi di salute pubblica;
- cattive condizioni ambientali;
- sofferenza psicosociale.

Profughi e sfollati all'interno del proprio paese

I profughi e le persone costrette a spostarsi all'interno di un paese solitamente sono esposti a un alto rischio di mortalità, soprattutto nel periodo immediatamente successivo allo spostamento (55, 56). Indagini condotte sulla salute di profughi e sfollati hanno rivelato tassi di mortalità decisamente elevati – nel caso peggiore fino a 60 volte il tasso ipotizzato durante la fase acuta dello spostamento (55, 57, 58). A Monrovia, in Liberia, il tasso di morte tra civili sfollati durante il conflitto nel 1990 era sette volte più elevato rispetto al tasso del periodo precedente al conflitto (57).

La morte per malnutrizione, diarrea e malattie infettive si manifesta soprattutto nei bambini, mentre altre malattie infettive, quali malaria, tubercolosi e HIV, così come svariate malattie non trasmissibili, lesioni e violenze, interessano più specificamente gli adulti. La precedente situazione sanitaria della popolazione, il suo accesso a elementi chiave per la salute (cibo, riparo, acqua, fognature e servizi sanitari), il grado di esposizione a nuove malattie e la disponibilità di risorse sono tutti elementi che condizionano profondamente la salute dei profughi durante e dopo i conflitti.

L'impatto demografico

Una conseguenza del cambiamento dei metodi della guerra moderna, in cui intere comunità diventano sempre più spesso obiettivi, è costituita dall'elevato numero di persone sfollate. Il numero totale dei profughi che fuggono al di là dei confini nazionali è aumentato da circa 2,5 milioni nel 1970 e 11 milioni nel 1983 a 23 milioni nel 1997 (59,60). All'inizio degli anni novanta, inoltre, si ritiene che circa 30 milioni di persone si siano spostate all'interno dello stesso paese (60), soprattutto fuggendo dalle zone interessate dai conflitti. Gli sfollati hanno probabilmente minori possibilità di fruire di risorse e sostegno internazionale rispetto a chi si rifugia al di là dei confini nazionali, e continuano probabilmente a essere esposto al rischio di violenza (61).

La Tabella 8.3 mostra i movimenti dei profughi e degli sfollati all'interno di uno stesso paese nel corso degli anni novanta (62). Questo secondo tipo di spostamento ha interessato soprattutto Africa, Americhe ed Europa, mentre in Asia e nel Medio Oriente è stato prevalente lo spostamento di persone al di là dei confini di una nazione.

Anche lo spostamento forzato di popolazioni, attuato da diversi governi per ragioni di sicurezza, ideologia o sviluppo, può avere gravi conseguenze sulla salute. Tra il 1985 il 1988, circa 5,7 milioni di persone, il 15% della popolazione rurale totale, venne spostata dalle province settentrionali e orientali a villaggi nel sud ovest in base a un programma attuato dal governo in Etiopia (63). Durante il regime di Pol Pot in Cambogia (1975-1979), centinaia di migliaia di cittadini vennero forzatamente spostati in zone rurali.

L'impatto socioeconomico

L'impatto socioeconomico di un conflitto può essere profondo (64, 65). È possibile che la

spesa pubblica in settori che comprendono la salute e l'educazione venga drasticamente ridotta, poiché lo Stato si trova in difficoltà a riscuotere le tasse e a trovare altre fonti di reddito – ad esempio quelle legate al turismo – e contemporaneamente aumentano le spese militari. In Etiopia quest'ultima voce è aumentata dal 11,2% del bilancio di governo nel 1973-1974 al 36,5% nel 1990-1991, mentre allo stesso tempo la quota destinata alla sanità si è drasticamente ridotta, passando dal 6,1% al 3,2% (36).

I conflitti inoltre condizionano in modo significativo le risorse umane e la produttività. A livello di nuclei familiari, è possibile che anche le fonti di reddito disponibili vengano decisamente ridotte. Un'ulteriore difficoltà per il sostentamento può essere provocata dalla manipolazione dei prezzi o dalla disponibilità dei beni essenziali e altre forme di speculazione.

Si è cercato di misurare i costi di opportunità dello sviluppo previsto come risultato del conflitto. I paesi interessati da un conflitto hanno compiuto sistematicamente meno progressi nel miglioramento della speranza di vita e nel ridurre la mortalità infantile e i tassi di morte approssimativi, rispetto ad altri paesi della stessa regione con uno status socioeconomico simile (66). Analisi di questo genere, tuttavia, possono essere disturbate dalla contemporanea

Tabella 8.3 Sfollati all'interno di uno stesso paese e profughi (in milioni) suddivisi per continente e anno

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sfollati all'interno di uno stesso paese									
Africa	13,5	14,2	17,4	16,9	15,7	10,2	8,5	7,6	8,8
Americhe	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8
Asia orientale e Pacifico	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	1,1	0,8	0,5
Asia meridionale	3,1	2,7	1,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,2	2,1
Europa	1,0	1,8	1,6	2,8	5,2	5,1	4,7	3,7	3,3
Medio Oriente	1,3	1,4	0,8	2,0	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6
Profughi									
Africa	5,4	5,3	5,7	5,8	5,9	5,2	3,6	2,9	2,7
Americhe	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Asia orientale e Pacifico	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Asia meridionale	6,3	6,9	4,7	3,9	3,3	2,8	3,2	3,0	2,9
Europa	0	0,1	2,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,3	1,3
Medio Oriente	3,5	2,8	2,8	3,0	3,8	4,0	4,4	4,3	4,4
Rapporto sfollati:profughi									
Africa	2,5	2,7	3,0	2,9	2,7	2,0	2,4	2,6	3,2
Americhe	7,5	10,1	13,5	14,0	11,7	18,3	17,4	27,0	4,9
Asia orientale e Pacifico	0,5	0,8	1,4	0,8	0,9	0,9	1,6	1,1	0,8
Asia meridionale	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7
Europa	–	14,7	0,6	1,4	2,9	2,8	2,5	2,8	2,5
Medio Oriente	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4

Fonte: riferimento bibliografico 62.

presenza di un'epidemia di AIDS, fatto che può essere a sua volta profondamente esacerbato da conflitto e instabilità (42, 43).

Cibo e agricoltura

La produzione e la distribuzione degli alimenti sono spesso degli obiettivi mirati nei periodi di conflitto (67). Nel conflitto in Etiopia tra forze del governo e separatisti eritrei e del Tigray nel periodo 1974-1991 ai contadini venne vietato di seminare e raccogliere nei loro campi e i soldati depredarono sementi e bestiame. In Tigray e in Eritrea i combattenti obbligarono i contadini ad arruolarsi, minarono il terreno, confiscarono il cibo e massacrarono il bestiame (36). La perdita del bestiame priva i contadini di uno strumento necessario per mettere la terra in condizioni di produrre e quindi ha un effetto negativo sia a breve sia a lungo termine.

Infrastrutture

È possibile che in periodo di guerra vengano danneggiate infrastrutture importanti. Nel caso di acqua e fognature, il danno causato può avere conseguenze dirette e gravi sulla salute. Nei conflitti nel Sudan meridionale e in Uganda all'inizio e a metà degli anni ottanta le pompe a mano dei villaggi vennero deliberatamente distrutte dalle truppe governative che operavano nelle aree controllate dalle forze ribelli e dalla guerriglia in zone sotto il controllo del governo (30). Nel corso delle operazioni militari contro l'Iraq nel 1991, la fornitura d'acqua, le fognature e altri servizi sanitari vennero drasticamente coinvolti negli intensi bombardamenti (68).

Servizi di assistenza sanitaria

L'impatto di un conflitto sui servizi di assistenza sanitaria è estremamente profondo (Tabella 8.4). Prima della guerra del Golfo del 1991, i servizi sanitari in Iraq raggiungevano il 90% della popolazione e l'assoluta maggioranza dei bambini di età inferiore 5 anni veniva normalmente vaccinata. Durante il conflitto molti ospedali e ambulatori vennero gravemente danneggiati e furono costretti a chiudere, mentre quelli ancora attivi dovevano occuparsi di bacini decisamente più ampi. I danni alle forniture di acqua, elettricità e fognature, estremamente estesi, ridussero le capacità operative di quanto era rimasto dei servizi sanitari (68). Nel conflitto violento che ha interessato Timor Est nel 1999 a seguito del referendum per l'indipendenza, le forze delle milizie distrussero quasi tutti i servizi di assistenza sanitaria. Solo l'ospedale principale della città più grande, Dili, venne risparmiato.

Nel corso di un conflitto, e subito dopo, la fornitura di medicinali è solitamente bloccata e ciò provoca l'aumento di malattie prevenibili a livello medico, comprese alcune patologie potenzialmente fatali quali asma, diabete e svariate malattie infettive. Oltre ai medicinali, è possibile che manchino personale medico, materiale diagnostico, elettricità e acqua: ciò influisce chiaramente sulla qualità dell'assistenza sanitaria disponibile.

Anche le risorse umane all'interno dei servizi sanitari sono solitamente condizionate in modo profondo dai conflitti violenti. In alcuni casi, come in Mozambico e in Nicaragua, il personale medico è stato preso particolarmente di mira. Il personale qualificato spesso si ritira in zone urbane più sicure o abbandona del tutto la professione. In Uganda, tra il 1972 e il 1985 la metà dei medici e l'80% dei farmacisti ha lasciato il paese per salvaguardare la propria sicurezza. In Mozambico, solo il 15% dei 550 medici attivi negli ultimi anni del controllo portoghese era ancora presente alla fine della guerra d'indipendenza nel 1975 (69).

Tabella 8.4 **L'impatto di un conflitto sui servizi di assistenza sanitaria**

Oggetto dell'impatto	Manifestazione dell'impatto
Accesso ai servizi	• Ridotta sicurezza (a causa di fattori quali mine di terra e coprifuoco) • Ridotto accesso geografico (ad esempio, a causa di un sistema di trasporti inadeguato) • Ridotto accesso economico (ad esempio, a causa di maggiori costi dei servizi sanitari) • Ridotto accesso sociale (ad esempio, a causa del fatto che gli erogatori di assistenza sanitaria temono di essere identificati come partecipanti al conflitto)
Infrastrutture	• Distruzione degli ambulatori • Frantumazione dei sistemi di consulenza specialistica • Danni a veicoli e attrezzature • Logistica e comunicazioni inadeguate
Risorse umane	• Lesioni, sparizioni e morte di operatori dell'assistenza sanitaria • Sfollamento ed esilio di individui • Basso livello del morale • Difficoltà a trattenere gli operatori nel settore pubblico, soprattutto nelle zone a rischio • Crollo del sistema di formazione e supervisione
Attrezzature e forniture	• Mancanza di farmaci • Mancanza di manutenzione • Scarso accesso alle nuove tecnologie • Incapacità di mantenere la catena del freddo per i vaccini
Attività dell'assistenza sanitaria	• Spostamento dall'assistenza primaria a quella terziaria • Maggiore urbanizzazione nell'erogazione dell'assistenza sanitaria • Riduzione delle attività periferiche e a livello di comunità • Contrazione delle attività di outreach, di prevenzione e di promozione della salute • Frantumazione dei sistemi di sorveglianza e di informazione sanitaria • Controllo compromesso dei vettori e dei programmi di salute pubblica (tra cui la notifica ai partner e la ricerca dei casi) • Programmi centrati più su una singola malattia (ad esempio la malaria) o un singolo intervento (l'immunizzazione) • Suddivisione della fornitura dei servizi relativi ai progetti su una gamma più ampia di organizzazioni
Formulazione di una politica sanitaria	• Ridotta capacità nazionale • Incapacità di controllare e coordinare le attività delle organizzazioni non governative e dei donatori • Minori informazioni su cui basare le decisioni • Minore impegno in dibattiti politici a livello locale e internazionale • Indebolimento delle strutture di comunità e ridotta partecipazione
Attività di soccorso	• Accesso limitato ad alcune zone • Maggiori costi di erogazione dei servizi • Maggiore pressione sulle comunità, sui sistemi e sui servizi ospitanti • Maggiore focalizzazione sui singoli problemi e programmi con minore integrazione tra i servizi • Maggiore insicurezza per il personale di soccorso • Minore coordinamento e comunicazione tra le agenzie

Cosa si può fare per prevenire la violenza collettiva?

Ridurre il rischio di conflitti violenti

Tra le politiche necessarie per ridurre il rischio di conflitti violenti nel mondo, di qualsiasi genere, vi sono (70):

- Ridurre la povertà, in senso assoluto e in termini relativi e garantire che l'assistenza allo sviluppo sia mirata, in modo da avere un maggiore impatto sulla povertà.
- Investire di maggiori responsabilità il processo decisionale.
- Ridurre le disuguaglianze tra i gruppi all'interno della società.
- Limitare l'accesso ad armi biologiche, chimiche, nucleari e di altro genere.

Promuovere il rispetto degli accordi internazionali

Un importante elemento nella prevenzione dei conflitti violenti e di altre forme di violenza collettiva consiste nel garantire la promozione e l'applicazione dei trattati concordati a livello internazionale, compresi quelli relativi ai diritti umani.

I governi nazionali possono contribuire alla prevenzione dei conflitti sostenendo lo spirito della Carta delle Nazioni Unite, che richiede di prevenire le aggressioni e di promuovere la pace e la sicurezza a livello internazionale. Più dettagliatamente, ciò contempla l'adesione a strumenti legali internazionali, tra cui la Convenzione di Ginevra del 1949 e i relativi Protocolli del 1977.

Le leggi relative ai diritti umani, soprattutto quelle che scaturiscono dall'Intesa Internazionale sui diritti civili e politici, fissano dei limiti all'esercizio dell'autorità da parte dei governi nei confronti degli individui sotto la loro giurisdizione e proibiscono incondizionatamente, tra gli altri atti, la tortura e il genocidio. La costituzione del Tribunale penale internazionale garantirà un meccanismo permanente per i crimini di guerra e i crimini contro l'umanità. Esso potrebbe anche fornire disincentivi nei confronti della violenza rivolta alle popolazioni civili.

Gli sforzi diretti a generare trattati e accordi relativi alla violenza collettiva, con disincentivi e sanzioni per gli abusi, tendono a essere più efficaci nel caso di violenze tra stati diversi e hanno solitamente un potere decisamente inferiore all'interno dei confini nazionali, ambito in cui i conflitti si verificano con frequenza sempre maggiore.

I potenziali benefici della globalizzazione

La globalizzazione crea nuove modalità per aumentare la consapevolezza e le conoscenze relative ai conflitti violenti, alle loro cause e alle loro conseguenze. Le tecnologie emergenti forniscono nuovi strumenti per scambiare idee ma anche per spingere i responsabili delle decisioni ad aumentare la responsabilità e la trasparenza delle pratiche di governo e ridurre le disparità e le ingiustizie sociali.

Un numero sempre maggiore di organizzazioni internazionali – tra cui Amnesty International, Human Rights Watch, la Campagna internazionale per la messa al bando delle mine di terra e Physicians for Human Rights – effettuano un monitoraggio dei conflitti e sollecitano azioni di prevenzione e correzione. Gli individui e i gruppi colpiti da un conflitto possono attualmente – attraverso queste organizzazioni e in altri modi – utilizzare le nuove tecnologie per raccontare le proprie esperienze e comunicare le proprie preoccupazioni a un ampio uditorio.

Il ruolo del settore sanitario

Investire nello sviluppo sanitario rappresenta un altro contributo alla prevenzione dei conflitti

violenti. Sottolineare l'importanza dei servizi sociali può concorrere a mantenere la coesione e la stabilità sociale.

Le prime manifestazioni di situazioni che rischiano di condurre a un conflitto si possono spesso individuare nel settore sanitario. Gli operatori sanitari hanno un ruolo importante nel prestare attenzione a questi segni e nel richiedere interventi sociali e sanitari appropriati per ridurre i rischi di un conflitto (Box 8.2).

Il settore sanitario si trova in una posizione ottimale per rilevare le disparità dello status sanitario e dell'accesso all'assistenza – entrambi importanti fattori di rischio per la violenza. Una precoce individuazione di queste disparità e la promozione di misure di correzione rappresentano azioni preventive importanti nei confronti dei potenziali conflitti, soprattutto nelle situazioni in cui il divario tra i gruppi sociali è in aumento. Monitorare la distribuzione e l'andamento delle malattie associate alla povertà, delle condizioni prevenibili o trattabili dal punto di vista medico e delle disparità di sopravvivenza rappresenta un elemento essenziale per evidenziare disparità sociali spesso non riconosciute, ma importanti e in fase di diffusione.

Il settore sanitario può inoltre rendere un importante servizio diffondendo le informazioni relative all'impatto sociale ed economico dei conflitti violenti e ai loro effetti sulla salute.

Risposte ai conflitti violenti

L'erogazione dei servizi durante i conflitti

I problemi che le operazioni umanitarie si trovano correntemente ad affrontare in tempo di guerra comprendono (71):

- come migliorare la qualità dei servizi di assistenza sanitaria per la popolazione locale e contemporaneamente offrire servizi ai profughi;
- come fornire servizi di buona qualità, dal punto di vista umano e da quello dell'efficienza;
- come coinvolgere le comunità nella fissazione delle priorità e delle modalità di fornitura dei servizi;
- come creare meccanismi sostenibili che permettono di integrare l'esperienza sul campo nei progetti politici.

I profughi che abbandonano il proprio paese perdono le abituali fonti di assistenza sanitaria. Si trovano quindi a dipendere da ciò che è disponibile nel paese che li ospita o da ciò che può essere fornito come servizi aggiuntivi da parte delle agenzie internazionali e delle organizzazioni non governative. È possibile che servizi del governo ospitante vengano soppiantati qualora un numero elevato di profughi si stabilisca improvvisamente in una zona e cerchi di utilizzare i servizi sanitari locali. Questo fatto può scatenare una contrapposizione tra i profughi e la popolazione locale e può provocare nuove violenze. Quest'antagonismo può peggiorare se ai profughi vengono offerti servizi, compresi i servizi sanitari, in modo più semplice o più economico rispetto a quanto accade per la popolazione locale, o nel caso il paese non riceva risorse esterne per sostenere l'impegno decisamente maggiore. Quando gli albanesi del Kosovo fuggirono in Albania e nell'Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia durante il conflitto nel 1999, l'OMS e altri enti cercarono di sostenere il sistema sanitario e sociale di questi paesi ospitanti nella gestione dell'ulteriore carico, piuttosto che permettere alle agenzie di aiuto di importare semplicemente un sistema parallelo.

Nella pianificazione delle risposte nei periodi di crisi, i governi e le agenzie devono:

Box 8.2 La salute: un ponte per la pace

L'idea che la salute possa favorire la conciliazione e la collaborazione tra le regioni fu inserita nel 1902 tra i principi fondanti dell'Organizzazione panamericana per la salute (PAHO, Pan American Health Organization), la più antica organizzazione sanitaria internazionale di tutto il mondo. Per gli ultimi due decenni, l'Organizzazione panamericana per la salute e l'Ufficio regionale OMS per le Americhe hanno avuto un ruolo nell'applicazione di questo concetto.

Nel 1984, PAHO/OMS, in collaborazione con i Ministeri nazionali per la salute e altre istituzioni, hanno lanciato un'iniziativa strategica per le aree del Centro America dilaniate dalla guerra. L'obiettivo consisteva nel miglioramento della salute degli abitanti dell'America centrale e nella contemporanea creazione di una cooperazione tra i paesi della regione e al loro interno. Sotto il tema globale di "La salute: un ponte per la pace, la solidarietà e la comprensione", il progetto era composto da svariati programmi.

Nella prima fase, fino al 1990, erano state fissate sette priorità di collaborazione:

- potenziamento dei servizi sanitari;
- sviluppo delle risorse umane;
- farmaci essenziali;
- cibo e nutrizione;
- malattie tropicali più importanti;
- sopravvivenza infantile;
- erogazione di acqua e sistemi igienici;

In pochi anni, erano stati elaborati più di 250 progetti in questi ambiti, stimolando la collaborazione tra le nazioni e i raggruppamenti dell'America centrale altrimenti in lotta l'uno con l'altro. Nel Salvador, ad esempio, nonostante la difficoltà di operare in mezzo alla violenza politica, vennero negoziati dei "giorni di tranquillità" e i combattimenti furono sospesi per poter vaccinare i bambini. Questo accordo durò dal 1985 fino alla fine del conflitto nel 1992, permettendo di vaccinare circa 300.000 bambini ogni anno. L'incidenza di morbillo, tetano e poliomielite crollò in modo netto, quella della poliomielite venne addirittura azzerata.

La collaborazione interessò anche il controllo della malaria, la distribuzione di medicine e vaccini al di là dei confini nazionali e la formazione. Vennero istituite delle reti di informazioni sanitarie regionali e sotto regionali e fu creato un sistema di risposta rapida in caso di disastri naturali. Questi sforzi crearono un precedente per un dialogo più ampio all'interno della regione, fino ai finali accordi di pace.

Durante la seconda fase dell'iniziativa, dal 1990 fino al 1995, i settori sanitari di tutta l'America centrale sostennero gli sforzi per lo sviluppo e la democrazia. In seguito agli accordi di pace, PAHO/OMS sostennero la smobilitazione, riabilitazione e reintegrazione sociale di quanti erano stati maggiormente colpiti dal conflitto – comprese le popolazioni indigene e quelle di confine. La salute ha continuato a essere un fattore di guida per il consolidamento democratico nella terza fase tra il 1995 e il 2000.

Tra il 1991 e il 1997 sono stati creati programmi simili in Angola, Bosnia-Erzegovina, Croazia, Haiti e Mozambico. In ogni programma, rappresentanti degli Uffici regionali dell'OMS hanno operato in partnership con il governo, le organizzazioni locali non governative e altre agenzie delle Nazioni Unite. Tutti questi programmi sono stati efficaci per la ricostruzione del settore sanitario dopo la fine dei conflitti. In Angola e in Mozambico, l'OMS ha partecipato al processo di smobilitazione, ha promosso la reintegrazione nel sistema nazionale di servizi sanitari precedentemente fuori dal controllo del governo centrale e si è occupata della nuova formazione degli operatori sanitari di queste regioni. In Bosnia-Erzegovina e in Croazia, l'OMS ha facilitato gli scambi tra diversi gruppi etnici e ha reso possibili contatti regolari e collaborazioni tra i professionisti sanitari di tutte le comunità.

Tutte le esperienze di questo periodo sono state unificate dall'OMS nel 1997 nel programma globale "La salute: un ponte per la pace". Da allora sono stati istituiti nuovi programmi nella

regione del Caucaso, in Bosnia-Erzegovina, Indonesia, Sri Lanka e nella Ex-Repubblica Iugoslava di Macedonia. In Indonesia, ad esempio, l'OMS ha organizzato gruppi di professionisti della salute per operare in zone di conflitto reale o potenziale. Uno di questi gruppi, formato da professionisti sia musulmani sia cristiani, sta operando nelle isole della provincia di Maluku, una zona di forte conflitto religioso negli ultimi anni.

Il programma "La salute: un ponte per la pace" permette di organizzare operatori sanitari in tutto il mondo per contribuire alla pace, per portare stabilità e ricostruzione dopo la fine dei conflitti e per facilitare la conciliazione nelle comunità divise e dilaniate dalla lotta.

- valutare al più presto i soggetti particolarmente fragili e individuare i loro bisogni;
- coordinare in modo estremamente preciso le attività tra i diversi attori;
- operare per migliorare le capacità globali, nazionali e locali così da fornire servizi sanitari efficaci nei diversi stadi dell'emergenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato dei meccanismi di sorveglianza che aiutano a individuare e rispondere, in via preventiva piuttosto che a posteriori, ai conflitti. La sua Health Intelligence Network for Advanced Contingency Planning offre rapido accesso a informazioni aggiornate relative a particolari paesi e ai loro indici sanitari, così come indicazioni sulle pratiche e i dati migliori per la sorveglianza delle malattie.

Nelle situazioni di emergenza, le organizzazioni umanitarie cercano innanzitutto di evitare perdite di vite umane e quindi di ristabilire un ambiente in cui sia possibile promuovere la salute. Diverse organizzazioni di assistenza ritengono che il proprio ruolo primario sia quello di salvare vite che sono state esposte a un rischio in seguito a eventi atipici, senza preoccuparsi necessariamente della possibilità che le attività da loro svolte vengano ripetute o sostenute sul lungo termine. Le agenzie che adottano una prospettiva specificamente legata allo sviluppo, dall'altro lato, cercano già dall'inizio di considerare aspetti quali efficienza, sostenibilità, equità e proprietà a livello locale – tutte caratteristiche che determineranno benefici maggiori a lungo termine. Questo approccio sottolinea l'importanza di creare abilità locali e di mantenere i costi contenuti. Ampliare le risposte a breve termine per cercare di istituire sistemi a più lungo termine è, tuttavia, difficile.

È necessario che le organizzazioni collaborino strettamente se desiderano ottimizzare l'uso delle risorse, ridurre il più possibile la duplicazione delle attività e migliorare l'efficienza delle operazioni. Il Codice di condotta per le organizzazioni umanitarie, così come elaborato dalla federazione internazionale delle società della Croce Rossa e della Luna Rossa (62), fissa un numero di principi chiave che molte organizzazioni umanitarie considerano la base fondante del proprio lavoro. Tale codice comunque è volontario e non esistono misure efficaci per applicare i principi o per valutare l'effettiva efficacia della loro implementazione.

Considerazioni etiche relative all'erogazione di aiuti

Esistono problemi etici che riguardano gli interventi in situazioni di emergenza e, in particolare, le modalità di distribuzione degli aiuti. In alcuni casi, come ad esempio durante la crisi in Somalia all'inizio degli anni novanta, le agenzie umanitarie hanno pagato guardie armate per poter condurre a termine le proprie operazioni, un'azione ritenuta eticamente discutibile. Per quanto riguarda la distribuzione degli aiuti, frequentemente ci si aspetta che una percen-

Tabella 8.5 **Sfide sanitarie postbelliche**

Componenti dell'attività postbellica del settore sanitario	Situazione tipica al momento presente	Azioni per una risposta più appropriata
Definizione politica	- Le attività sono percepite come progetti indipendenti - Viene data attenzione limitata alla definizione di quadri strategici a livello politico	- A uno stadio iniziale, elaborare quadri strategici a livello politico nei quali poter inserire i progetti - Incoraggiare il sostegno dei donatori al ministero della salute per l'elaborazione politica e per la raccolta e la diffusione delle informazioni - Facilitare la comunicazione tra i principali partecipanti
Coordinamento dei donatori	I donatori concordano in linea di principio sul fatto che il coordinamento sia un traguardo desiderabile, ma nessuno desidera essere coordinato	- Individuare aree di interesse comune e basarsi su queste - Potenziare la capacità del ministero della salute di svolgere un ruolo di leader e di coordinare i donatori e le organizzazioni non governative
Collaborazione con il governo	Il governo è spesso ignorato, e il sostegno viene incanalato attraverso organizzazioni non governative e agenzie delle Nazioni Unite	- Attuare una riforma del sistema di aiuti internazionali così da permettere che le attività di sviluppo abbiano luogo in una fase precoce del periodo di ripresa postbellica - Prendere in considerazione approcci che comprendano tutto il settore, in cui i donatori siano d'accordo a operare all'interno di un quadro strategico politico condiviso
Sviluppo delle infrastrutture	L'obiettivo consiste nel ricostruire esattamente ciò che esisteva prima	- Rivedere le necessità per i servizi e la loro distribuzione - Razionalizzare e rendere più equa la distribuzione dei servizi disponibili - Nella creazione di nuovi servizi, riconoscere le mutate tipologie di popolazione
Particolari problemi epidemiologici	- Il controllo della malattia e l'erogazione del servizio sono attentamente messi a fuoco - I donatori hanno un controllo considerevole sui programmi ed erogano la maggior parte dei fondi	- Facilitare i collegamenti tra programmi diversi - Garantire che i programmi operino attraverso le più importanti strutture del sistema sanitario - Garantire che gli interventi focalizzati sulla malattia e quelli orientati al sistema sanitario si completino a vicenda - Coinvolgere profondamente tutti i partecipanti interessati, compreso il settore pubblico nazionale e locale, le organizzazioni non governative e il settore privato
Opera di riconciliazione	Le attività sono focalizzate sulla temporanea cessazione delle ostilità, così da poter effettuare il controllo delle malattie	- Riconoscere il valore simbolico dell'assistenza sanitaria nella ricostruzione delle relazioni tra le comunità - Riconoscere la promozione della giustizia e la riconciliazione come obiettivi a lungo termine che coinvolgono la ricostruzione – spesso lenta – della fiducia tra le comunità - Promuovere ogni ragionevole opportunità di collaborazione tra le comunità - Considerare le risposte innovative, quali le commissioni per la verità e la riconciliazione

Tabella 8.5 (*continua*)

Componenti dell'attività postbellica del settore sanitario	Situazione tipica al momento presente	Azioni per una risposta più appropriata
• Ruolo del settore privato	• Vengono compiuti sforzi per diversificare la gamma degli erogatori dei servizi e per deregolare il settore privato	• Promuovere il ruolo dello stato nella definizione delle politiche, nella fissazione degli standard e nel monitoraggio della qualità dei servizi • Riconoscere contemporaneamente l'importante ruolo del settore privato nell'erogazione dell'assistenza sanitaria • Sviluppare incentivi per promuovere l'accesso e l'erogazione di importanti servizi pubblici per la salute
• Promuovere una società equa	• Solitamente considerato importante ma spesso posposto a un periodo successivo	• Riconoscere che la realizzazione di strutture sociali eque rappresenta un obiettivo primario ma che a breve termine, nell'interesse della stabilità, è possibile che alcune riforme debbano essere rimandate • Creare collegamenti tra gruppi di popolazione in competizione e località diverse come elementi chiave della riforma postbellica
• Formazione	• La formazione è spesso trascurata, frammentaria e non coordinata	• Riconoscere l'importanza dello sviluppo delle risorse umane • Elaborare modalità per l'integrazione del personale che si è formato in sistemi differenti • Investire nella formazione dei pianificatori e dei manager
• Sistemi di informazione	• L'informazione non è considerata una priorità • Anche quando esistono informazioni, esse non vengono condivise	• Definire la documentazione una priorità • Istituire un archivio centrale per le informazioni • Utilizzare le nuove tecnologie per diffondere le informazioni • Rendere il finanziamento condizionante per la condivisione delle informazioni

tuale venga destinata alle parti in guerra. Le agenzie di aiuto hanno solitamente ritenuto che un certo “stillicidio” di risorse sia accettabile, quando si è sicuri che la maggior parte raggiunge comunque la destinazione corretta. In alcune situazioni, tuttavia, la proporzione di cibo e altri aiuti dirottati altrove è stata così elevata che le agenzie hanno scelto di annullare i propri servizi.

Altre preoccupazioni etiche si concentrano sul fatto che operare con fazioni in guerra indirettamente legittima in qualche modo le fazioni stesse e le loro attività. I problemi riguardano la correttezza o meno che le agenzie di aiuto restino in silenzio o segnalino gli abusi osservati e se sia corretto o meno che esse continuino a offrire i propri servizi alla luce di abusi ripetuti. Anderson (72), tra gli altri, affronta il problema ancora più ampio relativo alla possibilità che un aiuto di emergenza contribuisca a promuovere la pace – o piuttosto a prolungare i conflitti.

Coinvolgimento della comunità

Durante un conflitto, è possibile che le strutture e le attività della comunità locale vengano gravemente danneggiate. Gli individui possono avere paura di discutere apertamente questioni quali la politica sociale o di difendere i diritti dei gruppi marginali vulnerabili. Questo rischio è ancora più vivo in regimi politici non democratici e nelle situazioni in cui viene minacciata violenza nei confronti dei soggetti considerati ostili al regime.

In alcuni casi, tuttavia, è possibile che si determini un risultato positivo come risposta della comunità, nelle situazioni in cui lo sviluppo di strutture sociali, tra cui i servizi sanitari, viene effettivamente reso più semplice. Sembra che questo tipo di risposta sia più comune nei conflitti ideologici – come quelli che hanno interessato nell’ultima parte del XX secolo Mozambico, Nicaragua e Vietnam. Nel conflitto in Etiopia tra il 1974 e il 1991, i movimenti politici di comunità in Eritrea e Tigrà vennero profondamente coinvolti nella creazione di strutture di partecipazione locale per il processo decisionale e per lo sviluppo di strategie di promozione della salute (73).

Ricostituzione dei servizi dopo un conflitto

È stato a lungo discusso il modo migliore per ricostituire i servizi nel momento in cui i paesi emergono da pesanti periodi di conflitto (74-76). Quando aree inaccessibili si aprono in seguito a emergenze complesse, liberano un accumulo di bisogni di salute pubblica che per lungo tempo non sono stati considerati, prime fra tutti le epidemie di morbillo. Gli accordi di cessazione delle ostilità, inoltre, anche se precari, devono considerare un sostegno sanitario speciale per la smobilitazione delle truppe, progetti di sminamento e accordi per il rientro dei profughi e degli sfollati all’interno di uno stesso paese. È probabile che tutte queste richieste si manifestino in un momento in cui la struttura organizzativa del sistema sanitario locale è gravemente indebolita e in cui scarseggiano altre risorse economiche.

È necessario ottenere informazioni più precise sugli interventi in diversi luoghi, le condizioni in cui essi sono intrapresi nonché i loro effetti e i loro limiti. Un problema relativo alla raccolta dei dati è la definizione del momento teorico di fine del conflitto. Solitamente, il confine tra il termine di un conflitto e l’inizio del periodo postbellico non è mai chiaro, poiché livelli significativi di insicurezza e instabilità spesso permangono per lungo tempo.

La Tabella 8.5 illustra alcuni degli approcci tipici per la ricostruzione dei sistemi di assistenza sanitaria a seguito di un conflitto. Nel passato, è stata posta notevole enfasi sulla ricostruzione fisica e sui programmi di controllo delle malattie ma si è rivolta scarsa attenzione al coordinamento delle risposte dei donatori o alla creazione di strutture organizzative politiche efficaci.

Documentazione, ricerca e diffusione delle informazioni

La sorveglianza e la documentazione sono aspetti centrali delle attività di salute pubblica legate ai conflitti. Sebbene accada, come già accennato, che i dati sulla violenza collettiva siano spesso insoddisfacenti e imprecisi, una preoccupazione troppo rigida per la precisione dei dati non è solitamente giustificata in questo campo. È fondamentale, comunque, che i dati siano validi.

Fornire dati validi ai politici rappresenta un'azione altrettanto importante nell'ambito della salute pubblica. Le Nazioni Unite, gli enti internazionali, le organizzazioni non governative e i professionisti della salute hanno tutti un ruolo importante in quest'ambito. Il Comitato internazionale della Croce Rossa (CICR), ad esempio, grazie a ricerche approfondite e alle sue campagne, ha avuto un ruolo significativo nel promuovere il processo di Ottawa che ha portato all'adozione del Trattato per la messa al bando delle mine antiuomo, che è diventato operativo il 1 marzo 1999. Come ha detto un membro del CICR coinvolto: "Osservare e documentare gli effetti delle armi non determina cambiamenti di opinioni, comportamenti e leggi se non viene comunicato con grande forza sia ai politici sia al pubblico" (77).

Alcune organizzazioni non governative, come Amnesty International, si dedicano in modo esplicito a segnalare le violazioni dei Diritti umani. Hanno lo stesso compito anche alcuni organismi delle Nazioni Unite, come l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani. Alcune agenzie, tuttavia, sono restie ad attaccare pubblicamente le parti coinvolte nei conflitti perché temono di vedere compromessa la propria capacità di erogare i servizi essenziali. In questi casi, è possibile che esse preferiscano far trapelare le informazioni in modo indiretto, attraverso terzi o i media.

Perché la diffusione sia efficace, è necessario che i dati siano validi e le esperienze relative agli interventi devono essere analizzate in modo corretto. La ricerca rappresenta un elemento cruciale per valutare l'impatto dei conflitti sulla salute e sui sistemi di assistenza sanitaria, e per definire il tipo di interventi efficaci.

Raccomandazioni

È necessario adottare diverse misure per prevenire il verificarsi dei conflitti e, quando ciò accade, attutirne l'impatto. Queste misure si suddividono nelle seguenti ampie categorie:

- ottenere informazioni più ampie e una comprensione più profonda dei conflitti;
- intraprendere azioni politiche per prevedere, prevenire e rispondere ai conflitti;
- attività di mantenimento della pace;
- interventi del settore sanitario in relazione ai conflitti;
- interventi umanitari.

Informazioni e comprensione

Dati e sorveglianza

Alcune importanti misure da adottare per produrre informazioni più valide e precise sui conflitti e sul modo di rispondervi comprendono:

- Evidenziare indicatori relativi alla salute pubblica e alla performance dei servizi sanitari, nonché modi efficaci per misurare tali indicatori, così da poter individuare le deviazioni in particolari gruppi rispetto agli standard sanitari, situazione che può rappresentare un chiaro segno di tensioni tra i gruppi.
- Perfezionare ulteriormente le recenti tecniche di raccolta dei dati e di sorveglianza relative allo status di salute delle popolazioni coinvolte in un conflitto così da migliorare la comprensione dell'impatto dei conflitti su altre popolazioni – compresi gli sfollati all'in-

Box 8.3 I bambini soldato: problemi per i professionisti della salute

Il numero di bambini soldato attivi in tutto il mondo globalmente ammonta a circa 300.000 individui, anche se si tratta quasi certamente di una stima notevolmente in difetto. A meno che i bambini vengano arruolati di routine nelle forze armate, solitamente vengono coinvolti solo dopo che un conflitto è in atto da qualche tempo. Quando i bambini iniziano a essere arruolati, tuttavia, il loro numero solitamente aumenta in modo rapido e l'età media diminuisce.

Conseguenze sanitarie

È chiaro che il coinvolgimento dei bambini come combattenti nei conflitti armati li espone al rischio di morte e di lesioni legate al conflitto. Altri gravi effetti sulla salute vengono comunicati più raramente e riguardano la salute mentale e la salute pubblica.

La ricerca (78) ha indicato come le lesioni da combattimento più frequenti nei bambini soldato siano:

- perdita dell'udito;
- perdita della vista;
- perdita di arti.

Queste lesioni riflettono da un lato la maggiore sensibilità fisica dei bambini, e dall'altro il tipo di coinvolgimento che viene solitamente loro richiesto nei conflitti – ad esempio l'individuazione delle mine di terra. Le piccole reclute sono inoltre esposte a rischi sanitari non direttamente collegati al combattimento – tra cui lesioni dovute al trasporto di munizioni e di altri carichi pesanti, malnutrizione, infezioni della pelle e delle vie respiratorie, nonché malattie infettive quali la malaria.

Alle ragazze e in misura minore ai ragazzini vengono spesso richieste prestazioni di tipo sessuale oltre al combattimento. Questo fatto li espone a un rischio elevato di malattie a trasmissione sessuale tra cui l'HIV, ed espone le ragazze ai pericoli associati all'aborto o al parto. Alle piccole reclute, inoltre, vengono spesso dati droghe o alcool per incoraggiarle al combattimento, creando così problemi di dipendenza, oltre agli altri rischi per la salute associati a questo comportamento. Gli adolescenti arruolati negli eserciti governativi ufficiali sono solitamente soggetti alla stessa disciplina militare delle reclute adulte, tra cui i riti di iniziazione, duro esercizio fisico, punizioni e denigrazione volti a spezzare la volontà individuale. L'impatto di tale disciplina sugli adolescenti può essere estremamente dannoso – dal punto di vista mentale, emotivo e fisico.

Aspetti relativi al settore sanitario

I professionisti del settore sanitario dovrebbero comprendere la necessità di un completo, ma attento, screening medico di tutti gli ex bambini soldato alla prima opportunità possibile. Questa si può verificare nel momento della smobilitazione formale, ma può anche coincidere con il momento in cui i bambini soldato vengono catturati, fuggono o se ne vanno in altro modo. È possibile che lo screening debba essere condotto gradualmente, focalizzando in primo luogo i problemi più importanti e procedendo quindi ad aspetti che necessitano di maggiore sensibilità, quali l'abuso sessuale.

Dovrebbe essere dedicata speciale attenzione alla salute mentale e psicosociale dei bambini soldato, così come alla loro salute fisica. Tra i problemi che possono affliggere gli ex bambini soldato vi sono:

- incubi, flashback e allucinazioni;
- scarsa capacità di concentrazione e di memoria;
- ansia cronica;
- regressione comportamentale;
- maggiore abuso di sostanze come meccanismo di compensazione;
- sentimento di colpa e rifiuto di riconoscere il passato;
- scarso controllo dell'aggressività;
- pensieri ossessivi e di vendetta;
- sentimenti di estraniamento dagli altri.

Il “comportamento militarizzato” dei bambini, inoltre, può portare a una scarsa capacità di accettazione delle norme della società civile. Come sottolineato dall’OMS nel proprio contributo allo studio delle Nazioni Unite sui bambini soldato (78):

“I bambini che attraversano gli stadi dello sviluppo relativi alla socializzazione e all’acquisizione del giudizio morale in un ambiente militare sono preparati nel modo sbagliato per il reinserimento in una società non violenta. Essi acquisiscono un’autosufficienza prematura, priva delle conoscenze e delle competenze necessarie per il giudizio morale e per distinguere i comportamenti rischiosi inappropriati – che si manifesti come violenza, abuso di sostanze o aggressione sessuale. La riabilitazione di questi bambini costituisce una delle maggiori sfide sociali e della salute pubblica nel periodo che segue un conflitto armato”.

I professionisti del settore sanitario possono avere un ruolo educativo importante nel collaborare a impedire che i bambini vengano arruolati (anche come volontari), aumentando il grado di consapevolezza dei bambini e degli adolescenti a rischio – così come delle loro famiglie e della comunità – e sottolineando i pericoli collegati, tra cui i gravi danni per la salute psicologica e mentale.

terno di uno stesso paese, i profughi che si sono integrati con le comunità che li hanno accolti e gruppi vulnerabili specifici quali i bambini soldato (Box 8.3).

- Migliorare i metodi che analizzano l’impatto dei conflitti sui sistemi sanitari e il modo in cui tali sistemi reagiscono.

Ricerca più approfondita

È necessario approfondire la ricerca, la documentazione e l’analisi così da prevenire conflitti futuri, ridurre la vulnerabilità di gruppi specifici e offrire i servizi più appropriati nel modo più efficace durante e dopo crisi di violenza. In particolare due aspetti della documentazione e dell’analisi hanno bisogno di essere approfonditi:

- Elaborare modi efficaci per registrare le esperienze delle popolazioni colpite dai conflitti.
- Condurre analisi obiettive postbelliche che descrivano il cammino che ha condotto alla violenza, il suo impatto e le relative risposte. Sono state condotte alcune analisi in questo ambito, soprattutto a seguito del genocidio ruandese del 1994 (74).

Un argomento specifico da approfondire riguarda le motivazioni per cui alcuni paesi che manifestano diversi segni di rischio per conflitti violenti sono in realtà in grado di evitarli, mentre altri proseguono sulla strada del conflitto o addirittura del collasso quasi totale dello stato. Angola, Liberia, Sierra Leone, Somalia ed ex Jugoslavia costituiscono alcuni esempi di quest’ultima categoria. Un utile ambito di ricerca potrebbe essere quello di individuare una serie di indicatori pre-emergenza che potrebbero contribuire a prevedere il rischio che una crisi degeneri in un’emergenza complessa più grave.

Prevenire i conflitti violenti

La prevenzione totale di un conflitto deve rappresentare la priorità da punto di vista della salute pubblica.

Misure chiave per i governi in quest’ambito comprendono:

- Rispettare i diritti umani, aderire totalmente allo spirito della Carta delle Nazioni Unite e promuovere l’adozione completa delle leggi relative ai diritti umani e delle leggi umanitarie internazionali.

- Promuovere l'adozione di trattati e di altre misure che limitano la produzione, la distribuzione e l'utilizzo delle mine antiuomo.
- Promuovere gli sforzi per ridurre la produzione e la disponibilità di armi biologiche, chimiche, nucleari e di altro genere; specificamente, dovrebbero essere fortemente incoraggiate nuove iniziative sulle armi leggere, tra cui il Codice europeo di condotta per lo spostamento delle armi leggere.
- Basarsi sulle misure recenti per integrare la sorveglianza della circolazione delle armi di piccole dimensioni con altri sistemi di individuazione precoce di un conflitto (79). Dal 1992, ad esempio, le Nazioni Unite hanno tenuto un registro delle armi convenzionali che riguarda anche i dati sui trasferimenti internazionali di armi, così come le informazioni fornite dagli stati membri sulle proprietà dell'esercito, l'approvvigionamento attraverso la produzione nazionale e le relative politiche.
- Monitorare gli effetti negativi della globalizzazione e promuovere forme di sviluppo più eque e un'assistenza più efficace per lo sviluppo.
- Operare per forme di governo più responsabili in tutto il mondo.

Boutros Boutros-Ghali, precedente Segretario Generale delle Nazioni Unite, ha affermato che l'integrazione sociale deve essere vista come una priorità dello sviluppo: "Le manifestazioni della mancanza di integrazione sociale sono note: discriminazione, fanatismo, intolleranza, persecuzione. Anche le conseguenze sono note: malcontento sociale, separatismo, micronazionalismo e conflitto" (80).

Mantenere la pace

Nonostante il notevole incremento delle attività di mantenimento della pace da parte delle Nazioni Unite, l'efficacia di tale operazione è stata spesso messa in discussione. Tra le ragioni vi sono l'incertezza relativa ai mandati su cui si fondano tali interventi, scarsi canali di controllo tra le diverse forze che contribuiscono all'impegno di mantenimento della pace e risorse inadeguate al compito. Per rispondere a questi problemi, il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha creato un Comitato per le operazioni di pace delle Nazioni Unite per valutare i limiti dell'attuale sistema ed elaborare raccomandazioni specifiche per un cambiamento. Il Comitato, composto da individui con esperienza in diversi aspetti della prevenzione dei conflitti, nel mantenimento e nella costruzione della pace, ha elaborato raccomandazioni che riguardano possibilità di miglioramento in campo operativo e organizzativo, così come politico e strategico. Queste raccomandazioni sono state riassunte in una relazione più comunemente conosciuta come "Relazione Brahimi" (81).

Interventi del settore sanitario

Sarebbe importante studiare e documentare in modo più approfondito le potenzialità – e i limiti – del settore sanitario per la prevenzione e la risposta ai conflitti. È necessario documentare meglio le buone pratiche, soprattutto per quanto riguarda l'erogazione di servizi efficaci dopo i conflitti – un'area in cui cominciano a emergere nuovi insegnamenti.

I governi dovrebbero sostenere le organizzazioni, ad esempio l'OMS e altre agenzie delle Nazioni Unite, in uno sforzo globale per evidenziare politiche più efficaci per la prevenzione e la risposta ai conflitti.

Interventi umanitari

È necessario migliorare sia gli standard sia il livello di responsabilità delle organizzazioni che

rispondono alle crisi violente. Il Progetto Sfera, con base a Ginevra, Svizzera, cerca di ottenere il consenso e l'adesione a standard minimi per l'assistenza umanitaria. Analogamente, il Progetto di responsabilità umanitaria, una rete anch'essa con base a Ginevra e sostenuta da enti donatori e organizzazioni non governative, sta operando per elevare i livelli di responsabilità, soprattutto tra i potenziali beneficiari delle attività umanitarie. I governi e gli enti umanitari sono sollecitati a sostenere queste due realtà.

Conclusioni

Questo capitolo si è occupato dell'impatto dei conflitti violenti sulla salute pubblica e sui sistemi di assistenza sanitaria e ha cercato di descrivere la gamma delle possibili risposte a tale problema. Naturalmente, è necessario porre maggiore enfasi sulla prevenzione primaria, che cerca di evitare il verificarsi stesso di un conflitto.

C'è molto da imparare – e da fare – per quanto riguarda la prevenzione della violenza collettiva e la soluzione delle sue cause più profonde. Ciò vale soprattutto per le forme di violenza collettiva che sono diventate comuni negli ultimi cento anni o più – conflitti tra stati o che riguardano gruppi organizzati all'interno di una specifica area geografica (come ad esempio regioni che si ribellano nei confronti dello stato centrale), guerre civili, e le diverse forme di violenza sostenuta dallo stato contro individui o gruppi.

La tipologia della violenza collettiva, comunque, si sta modificando. All'inizio del XXI secolo stanno emergendo nuove forme di violenza collettiva, che coinvolgono organizzazioni e reti di organizzazioni strutturate ma notevolmente disseminate – gruppi privi di un "indirizzo preciso", con obiettivi, strategie e psicologia radicalmente diversi da quelli dei gruppi precedenti. Queste organizzazioni fanno abbondante ricorso alle tecnologie avanzate e ai moderni sistemi finanziari che la globalizzazione mondiale ha creato. Anche le armi a cui ricorrono sono nuove, poiché agli esplosivi e ai missili tradizionali si aggiungono armi biologiche, chimiche e forse nucleari. Gli obiettivi sono fisici nonché psicologici e riguardano distruzioni di massa e la creazione di un senso di paura diffusa.

Il mondo dovrà imparare velocemente come combattere la nuova minaccia del terrorismo globale in tutte le sue forme, mostrando allo stesso tempo un elevato livello di determinazione nel prevenire e ridurre l'impatto delle forme convenzionali di violenza collettiva, che continuano a causare un eccessivo onere di morti, malattie, lesioni e distruzione. È necessaria una forte volontà, insieme a un generoso impegno di risorse, non solo per raggiungere una comprensione molto più profonda del problema dei conflitti violenti, ma anche per trovare delle soluzioni.

Bibliografia

1. WHA34.38. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:397–398.
2. *Handbook for emergencies*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2001.
3. Leaning J. Introduction. In: Leaning J et al., eds. *Humanitarian crises: the medical and public health response*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999:1–11.
4. Goodhand J, Hulme D. From wars to complex political emergencies: understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999, 20:13–26.
5. Kaldor M. *New and old wars: organized violence in a global era*. Cambridge, Polity Press, 1999.
6. Cornish P. Terrorism, insecurity and underdevelopment. *Conflict – Security – Development*, 2001, 1:147–151.

7. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679–690.
8. Ball P, Kobrak P, Spierer H. *State violence in Guatemala, 1960–1996: a quantitative reflection*. Washington, DC, American Academy for the Advancement of Science, 1999.
9. Roberts L et al. *Mortality in eastern Democratic Republic of Congo: results from eleven mortality surveys*. New York, NY, International Rescue Committee, 2001.
10. *International classification of diseases*, ninth revision. Geneva, World Health Organization, 1978.
11. *International statistical classification of diseases and related health problems*, tenth revision. Volume 1: Tabular list; Volume 2: Instruction manual; Volume 3: Index. Geneva, World Health Organization, 1992–1994.
12. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 14th ed. Washington, DC, World Priorities, 1991.
13. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 16th ed. Washington, DC, World Priorities, 1996.
14. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ, and London, Transaction Publications, 1994.
15. Sheil M et al. Deaths among humanitarian workers. *British Medical Journal*, 2000, 321:166–168.
16. *Take a step to stamp out torture*. London, Amnesty International, 2000.
17. Burnett A, Peel M. Asylum-seekers and refugees in Britain: health needs of asylum-seekers and refugees. *British Medical Journal*, 2001, 322:544–547.
18. Harris MF, Telfer BL. The health needs of asylumseekers living in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175:589–592.
19. British Medical Association. *The medical profession and human rights: handbook for a changing agenda*. London, Zed Books, 2001.
20. *12-point program for the prevention of torture by agents of the state*. London, Amnesty International, 2000.
21. *Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. New York, NY, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001 (available on the Internet at <http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot.pdf>).
22. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186–196.
23. Turshen M, Twagiramariya C, eds. *What women do in wartime: gender and conflict in Africa*. London, Zed Books, 1998.
24. Stiglmeier A, ed. *Mass rape: the war against women in Bosnia–Herzegovina*. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1994.
25. Ignatieff M. *Virtual war: Kosovo and beyond*. London, Chatto & Windus, 2000.
26. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. New York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
27. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
28. Stewart F. The root causes of humanitarian emergencies. In: Nafziger EW, Stewart F, Väyrynen R, eds. *War, hunger and displacement: the origin of humanitarian emergencies*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
29. Prunier G. *The Rwanda crisis 1959–1994: history of a genocide*. London, Hurst, 1995.
30. Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and Medicine*, 1990, 31:691–698.
31. *Children on the front line: the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa*, 3rd ed. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1989.
32. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.

33. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
34. Ugalde A et al. The health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 2000, 321:169–172.
35. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Healthrelated outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:615–618.
36. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
37. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine*, 1988, 27:717–722.
38. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet*, 1995, 345:339–344.
39. Zwi AB, Cabral AJ. High-risk situations for AIDS prevention. *British Medical Journal*, 1991, 303:1527–1529.
40. *AIDS and the military: UNAIDS point of view*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1998 (UNAIDS Best Practice Collection).
41. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, eds. *AIDS in the world*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
42. Khaw AJ et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters*, 2000, 24:181–197.
43. Smallman-Raynor M, Cliff A. Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiology of Infectious Diseases*, 1991, 107:69–80.
44. *Refugees and AIDS: UNAIDS point of view*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997 (UNAIDS Best Practice Collection).
45. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
46. *The causes of conflict in Africa*. London, Department for International Development, 2001.
47. *Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone*. New York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3(A)).
48. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
49. Quirk GJ, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:1675–1679.
50. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1073–1082.
51. Pupavac V. Therapeutic governance: psychosocial intervention and trauma risk. *Disasters*, 2001, 25:1449–1462.
52. Robertson G. *Crimes against humanity: the struggle for global justice*. Harmondsworth, Penguin, 1999.
53. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.
54. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 2000, 355:1548–1549.
55. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:3296–3302.
56. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex humanitarian emergencies. In: Black R, Merson M, Mills A. *Textbook of international health*. Gaithersburg, MD, Aspen, 2000.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Famineaffected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992, 41(No. RR-13).
58. Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons: war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:600–605.
59. Deacon B. *Global social policy, international organizations and the future of welfare*. London, Sage, 1997.

60. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
61. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
62. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *World disasters report 1999*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1999.
63. Hodes RM, Kloos H. Health and medical care in Ethiopia. *New England Journal of Medicine*, 1988, 319:918–924.
64. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
65. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
66. Kumaranayake L, Zwi A, Ugalde A. Costing the direct health burden of political violence in developing countries. In: Brauer J, Gissy W, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997:292–301.
67. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. In: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. London, Zed Books, 1994:6–36.
68. Lee I, Haines A. Health costs of the Gulf War. *British Medical Journal*, 1991, 303:303–306.
69. Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975–85. *Health Policy and Planning*, 1986, 1:148–157.
70. Addison T. Aid and conflict. In: Tarp F, ed. *Foreign aid and development: lessons learnt and directions for the future*. London, Routledge, 200:392–408.
71. Banatvala N, Zwi A. Public health and humanitarian interventions: improving the evidence base. *British Medical Journal*, 2000, 321:101–105.
72. Anderson MB. *Do no harm. How aid can support peace – or war*. Boulder, CO, and London, Lynne Rienner, 1999.
73. Barnabas GA, Zwi AB. Health policy development in wartime: establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:38–49.
74. Kumar K, ed. *Rebuilding societies after civil war*. Boulder, CO, and London, Lynne Rienner, 1997.
75. Kumar K et al. *The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience. Study 4: rebuilding post-war Rwanda*. Copenhagen, Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda, 1996.
76. *Post-conflict reconstruction: the role of the World Bank*. Washington, DC, World Bank, 1998.
77. Coupland RM. The effects of weapons and the Solferino cycle. *British Medical Journal*, 1999, 319:864–865.
78. Machel G. *Impact of armed conflict on children: report of the Expert Group of the Secretary-General*. New York, NY, United Nations, 1996 (document A/51/306).
79. Laurence EJ. *Arms watching: integrating small arms and light weapons into the early warning of violent conflict*. London, Saferworld, 2000.
80. Boutros-Ghali B. *An agenda for development*. New York, NY, United Nations, 1995.
81. *Report of the Panel on United Nations Peace Operations*. New York, NY, United Nations General Assembly Security Council, 2000 (document A/55/305, S/2000/809).

9. Il futuro: raccomandazioni per l'azione

Background

La violenza interessa ogni continente, ogni paese e lascia intatte ben poche comunità. Sebbene sia dovunque, non costituisce un elemento inevitabile della condizione umana, né un problema irrisolvibile legato alla “vita moderna” che non possa essere superato dalla determinazione e dall'ingegnosità degli uomini.

I capitoli precedenti hanno illustrato in modo dettagliato specifiche tipologie di violenza e interventi di salute pubblica che possono essere utilizzati per ridurre sia il verificarsi sia le conseguenze della violenza stessa. Quest'ultimo capitolo sottolinea alcuni modelli e temi globali che interessano tutti i tipi di violenza. Sollecita di nuovo la necessità di un approccio di salute pubblica e fornisce una serie di raccomandazioni per i responsabili delle decisioni e per i professionisti a tutti i livelli.

La risposta alla violenza: quali sono le conoscenze attuali?

Gli insegnamenti più importanti

Sebbene esistano notevoli differenze nella base di informazioni, e sia necessario approfondire la ricerca, sono stati acquisiti importanti insegnamenti sulla prevenzione e la riduzione delle conseguenze della violenza.

Prevedibile ed evitabile

La violenza è spesso prevedibile ed evitabile. Come dimostrato in questo Rapporto, sembra che alcuni elementi costituiscano importanti fattori di predizione della violenza in determinate popolazioni, anche se talvolta è difficile stabilire un nesso diretto di causalità. Questi elementi comprendono aspetti individuali e familiari – impulsività, depressione, scarsa sorveglianza dei bambini, rigidi ruoli di genere e conflitti coniugali – e fattori di macrolivello, quali rapidi mutamenti delle strutture sociali e improvvisi crolli economici, che provocano elevati tassi di disoccupazione e il deterioramento dei servizi pubblici. Vi sono inoltre fattori locali, legati a un luogo e un periodo specifici, come ad esempio una maggiore presenza di armi o modalità differenti di spaccio di droga in un particolare quartiere. L'individuazione e la misurazione di tali fattori permettono di allertare tempestivamente i responsabili delle decisioni in merito alla necessità di un intervento.

Inoltre, la gamma degli strumenti a disposizione per tale azione si amplia parallelamente al miglioramento della ricerca orientata alla salute pubblica. In ogni tipologia di violenza esaminata in questo Rapporto, sono stati citati esempi di interventi potenzialmente in grado di ridurre la violenza e le sue conseguenze. Questi interventi spaziano da sforzi individuali e di comunità su piccola scala a cambiamenti politici a livello nazionale che hanno ottenuto riduzioni della violenza. Sebbene la maggioranza di tali interventi documentati e sottoposti ad attenta valutazione riguardi le zone più ricche del mondo, esistono molti interventi innovativi anche nei paesi in via di sviluppo.

Investimento “a monte”, risultati “a valle”

La tendenza delle autorità, a livello mondiale, consiste nell'intervenire solo dopo il verificarsi di episodi di violenza particolarmente visibili e quindi nell'investire risorse per breve tempo su programmi per piccoli gruppi di persone, facilmente individuabili. Le ricorrenti “retate” della polizia in aree interessate da livelli particolarmente elevati di violenza ne sono il classico esempio, e si verificano solitamente dopo un episodio negativo che ha occupato molto spazio sui media. Al contrario, la salute pubblica sottolinea l'importanza della prevenzione, soprattutto degli sforzi di prevenzione primaria che operano “a monte” dei problemi – sforzi che cercano di impedire innanzitutto che si verifichino incidenti violenti o che le situazioni di violenza sfocino in gravi lesioni. Gli approcci di prevenzione primaria si fondano sulla convinzione che persino investimenti limitati possono produrre benefici ampi e duraturi.

Comprendere il contesto della violenza

Tutte le società vivono situazioni di violenza, ma il contesto di queste situazioni – le circostanze in cui si verificano, la loro natura e la loro accettabilità sociale – è profondamente diverso in base alle diverse realtà. Per pianificare programmi di prevenzione è necessario comprendere il contesto della violenza al fine di adattare l'intervento alla popolazione interessata.

Il Capitolo 4 (La violenza da parte del partner) e il Capitolo 6 (La violenza sessuale) sono ricchi di esempi in cui il contesto culturale aggrava le conseguenze della violenza, creando incredibili problemi per la prevenzione. Un esempio riguarda la convinzione tipica di molte società che gli uomini abbiano il diritto di punire le proprie mogli – anche con l'uso della forza fisica – per svariate ragioni, tra cui il rifiuto di un rapporto sessuale. Il comportamento che deriva da tale convinzione espone queste donne al rischio di immediata violenza fisica e psicologica nonché al rischio di gravidanze non desiderate e di malattie a trasmissione sessuale. Un altro esempio è l'approvazione di gravi punizioni fisiche nei confronti dei figli, profondamente radicata in alcune società. Gli interventi rischiano di essere inefficaci se non prendono in considerazione l'intensità di queste convinzioni e di questi atteggiamenti e il modo in cui si collegano ad altri aspetti della cultura locale.

Contemporaneamente, le tradizioni culturali possono fungere da elemento di protezione; i ricercatori e quanti elaborano i programmi devono essere preparati a individuare e utilizzare tali tradizioni nei loro interventi. Il Capitolo 7 (La violenza autoinflitta), ad esempio, descrive il contributo che l'appartenenza religiosa sembra offrire alla riduzione del rischio di suicidio e ne analizza le probabili ragioni – quali l'identificazione con una religione e le proibizioni specifiche contro questa pratica.

Sfruttare i collegamenti

Diversi tipi di violenza sono collegati tra loro tramite importanti elementi e condividono spesso gli stessi fattori di rischio. È possibile vederne un esempio nel Capitolo 3 (L'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini da parte dei genitori e di chi se ne occupa), dove l'elenco dei comuni fattori di rischio è in gran parte sovrapponibile a quelli tipici di altri tipi di violenza. Alcuni di questi fattori comprendono:

- Povertà: collegata a tutte le forme di violenza.
- Storia familiare o personale segnata da divorzio o separazione: un fattore associato anche a violenza giovanile, violenza nella coppia, violenza sessuale e suicidio.
- Abuso di alcool e di sostanze: associato a tutte le forme di violenza interpersonale, così come al suicidio.

- Storia di violenza in famiglia: collegata a violenza giovanile, violenza nella coppia, violenza sessuale e suicidio.

La sovrapposizione tra i gruppi di fattori di rischio dei diversi tipi di violenza suggerisce notevoli potenzialità per partnership tra gruppi con interessi sia nella prevenzione primaria sia in quella secondaria: governo locale e funzionari della comunità, pianificatori dell'edilizia sociale, polizia, operatori sociali, gruppi femminili e gruppi che si occupano di diritti umani, professionisti sanitari e ricercatori operanti in ogni singolo campo. Queste partnership possono essere vantaggiose per diversi motivi, tra cui:

- migliorare l'efficacia degli interventi;
- evitare la duplicazione degli sforzi;
- aumentare le risorse disponibili attraverso il raggruppamento dei fondi e del personale in azioni congiunte;
- permettere che le attività di ricerca e prevenzione vengano condotte in modo più collettivo e coordinato.

Sfortunatamente, la ricerca e gli sforzi di prevenzione per i diversi tipi di violenza sono stati spesso elaborati in modo separato gli uni dagli altri. Se è possibile superare questa frammentazione, si creerà ampio spazio in futuro per interventi più completi ed efficaci.

Concentrare l'attenzione sui gruppi più vulnerabili

La violenza, così come molti problemi di salute, non è neutrale. Se da un lato tutte le classi sociali ne fanno esperienza, la ricerca suggerisce coerentemente che gli individui con lo status socioeconomico più disagiato sono esposti al rischio più grande. Ancora più frequentemente, sono proprio i fattori legati alla povertà, piuttosto che la povertà stessa, ad aumentare il rischio di violenza. Il Capitolo 2, ad esempio, analizza il ruolo di cattive condizioni abitative, mancanza di educazione, disoccupazione e altre condizioni legate alla povertà nell'ambito della violenza giovanile, e come questi fattori espongono maggiormente alcuni giovani al rischio di condizionamento da parte di coetanei delinquenti e alla partecipazione in attività criminali. Anche la velocità con cui le persone si ritrovano in una situazione di povertà – perdendo risorse precedentemente disponibili – e il modo in cui la vivono (ossia la loro privazione relativa in un contesto specifico piuttosto che il loro livello assoluto di povertà) rappresentano elementi importanti.

Il Capitolo 6 (La violenza sessuale) descrive il modo in cui la povertà aggrava la vulnerabilità di donne e ragazze. Nel portare a termine compiti quotidiani, quali lavorare nei campi, recarsi al pozzo da sole o tornare a casa di notte dal lavoro, le donne e le ragazze povere delle aree rurali o economicamente depresse sono spesso esposte al rischio di stupro. La povertà le rende vulnerabili allo sfruttamento sessuale in situazioni quali la ricerca di un impiego, un'attività commerciale o il desiderio di accedere all'istruzione. La povertà rappresenta anche una motivazione importante che spinge le donne verso la prostituzione e costringe le famiglie a vendere i bambini a chi lavora nel mercato della prostituzione. Il Capitolo 8 (La violenza collettiva) amplia ulteriormente la discussione, sottolineando il fatto che povertà e disparità costituiscono le motivazioni di fondo dei conflitti violenti e che lunghi periodi di conflitto possono a loro volta aggravare la povertà – creando così le condizioni che permettono la nascita di altre forme di violenza.

Il disinteresse nei confronti dei poveri non è una novità: nella maggior parte delle società gli individui più poveri sono solitamente quelli assistiti con minore attenzione dai diversi

servizi di protezione e di assistenza dello stato. Il fatto che la violenza sia collegata alla povertà, tuttavia, può costituire un'ulteriore spiegazione del fatto che i politici e le autorità del governo abbiano trascurato gli approcci di salute pubblica alla violenza – approcci che implicherebbero l'erogazione di una maggiore quantità di servizi e di risorse alle famiglie e alle comunità povere – a favore di interventi di polizia e di detenzione. È necessario mettere fine a questo disinteresse se si desidera prevenire la violenza.

Combattere la passività

Un aspetto che incoraggia ampiamente la violenza – e ostacola fortemente la risposta a essa – è la passività. Ciò è particolarmente vero per quanto riguarda l'atteggiamento che considera la violenza – come il problema strettamente collegato della disparità di genere – un aspetto ineluttabile della condizione umana e che quindi continuerà a esistere. Spesso, questa passività è fortemente sostenuta da un interesse personale. L'accettazione sociale, ad esempio, del diritto degli uomini di “correggere” le proprie mogli chiaramente porta più beneficio agli uomini di quanto non faccia nei confronti delle donne. Il traffico di droga prospera sulla propria condizione di illegalità, in cui la violenza è considerata, da chi è coinvolto in quest'attività, un modo accettabile per dirimere le dispute o aumentare le proprie quote di mercato.

Illustrando alcuni degli elementi che creano una cultura di violenza, diversi capitoli di questo Rapporto sottolineano come tale cultura sia spesso sostenuta dalle leggi e dagli atteggiamenti. Entrambi possono essere presenti in situazioni quali la l'esaltazione della violenza da parte dei media, la tolleranza delle aggressioni sessuali o della violenza all'interno della coppia, le dure punizioni fisiche nei confronti dei bambini da parte dei genitori, il bullismo a scuola o nei luoghi di ritrovo, il ricorso a livelli inaccettabili di forza da parte della polizia e la prolungata esposizione di bambini e adolescenti ai conflitti armati. Sarà difficile ottenere riduzioni significative della violenza interpersonale e di quella collettiva se non viene eliminata la passività che circonda questi problemi.

Ottenere l'impegno dei responsabili delle decisioni

Se da un lato è possibile che organizzazioni di base, individui e istituzioni ottengano risultati importanti, gran parte del successo degli sforzi nel campo della salute pubblica dipende in definitiva dall'impegno politico. Il sostegno dei leader politici non è necessario solo per garantire un adeguato finanziamento e una legislazione efficace, ma anche per fornire alle attività di prevenzione una legittimità più profonda e un profilo più elevato nella coscienza del pubblico. L'impegno è importante sia a livello nazionale – dove vengono prese le decisioni politiche e legislative – sia a livello provinciale, distrettuale e municipale dove viene controllato il funzionamento quotidiano dei diversi interventi.

Ottenere il profondo impegno necessario per occuparsi della violenza rappresenta spesso il risultato di continui sforzi da parte di diversi settori della società. I professionisti e i ricercatori nell'ambito della salute pubblica possono offrire un importante contributo a questo processo fornendo ai responsabili delle decisioni informazioni valide sulla prevalenza, le conseguenze e l'impatto della violenza, e documentando in modo preciso le pratiche sperimentate e quelle promettenti per la prevenzione o il controllo della violenza stessa.

Perché è necessario coinvolgere il settore sanitario?

Fino a poco tempo fa, la responsabilità di correggere o controllare la violenza nella maggior parte delle società moderne ricadeva sul sistema giudiziario, sulla polizia e sui servizi di corre-

zione nonché, in alcuni casi, sui militari. Il settore sanitario, sia pubblico sia privato, era relegato al ruolo di erogatore di assistenza in seguito all'evento, quando le vittime di violenza si presentavano per essere curate.

Pregi e vantaggi comparativi

Attualmente, il settore sanitario rappresenta un alleato attivo e di valore nella risposta globale alla violenza e offre in questo campo numerosi vantaggi e pregi. Uno di questi è la sua vicinanza – e quindi familiarità – al problema. Il personale degli ospedali, degli ambulatori nonché gli altri erogatori di assistenza sanitaria dedicano molto tempo alle vittime di violenza.

Un altro importante pregio è costituito dalle informazioni di cui il settore sanitario dispone per facilitare la ricerca e l'opera di prevenzione. Il possesso di dati significa che il settore ha una posizione unica per attirare l'attenzione sull'onere di salute imposto dalla violenza. Quando abbinate in modo sensibile alle storie umane che il settore sperimenta quotidianamente, queste informazioni possono rappresentare un importante strumento sia di pressione sia di azione.

Una responsabilità speciale

Il ruolo del settore sanitario nella prevenzione della violenza nasce dalla sua responsabilità nei confronti del pubblico – le persone che in definitiva pagano i servizi e le strutture governative che li organizzano. Con questa responsabilità e con i suoi pregi e vantaggi, il settore sanitario possiede le potenzialità per un ruolo molto più dinamico nella prevenzione della violenza – a livello ideale, in collaborazione con altri settori – rispetto a quanto accaduto in passato. Quotidianamente, medici, personale infermieristico e altri operatori dell'assistenza sanitaria si trovano in una posizione vantaggiosa per individuare i casi di abuso e per indirizzare le vittime ad altri servizi di terapia di follow-up o di protezione. A livello di programmi, gli ospedali e le altre strutture sanitarie possono rappresentare contesti utili per gli interventi, utilizzando le proprie risorse e infrastrutture per attività di prevenzione. Aspetti altrettanto importanti, l'elaborazione e l'implementazione degli interventi possono essere migliorate dalla stretta cooperazione dei professionisti e delle istituzioni sanitarie con altre istituzioni o settori che si occupano di violenza, comprese le organizzazioni non governative e gli organismi di ricerca.

Queste funzioni sono già realtà in diverse parti del mondo, anche se talvolta in modo tentativo o frammentario. È giunto il momento di un'azione più decisa e coordinata e di estendere gli sforzi a luoghi in cui non esistono ancora, nonostante l'estremo bisogno. Qualsiasi impegno di valore inferiore rappresenta un insuccesso del settore sanitario.

Stabilire responsabilità e priorità

Data la natura poliedrica della violenza e le sue complesse radici, è necessario che i governi e le organizzazioni interessate a tutti i livelli del processo decisionale – locale, nazionale e internazionale – vengano coinvolti nella prevenzione. Un'azione complementare e coordinata attraverso tutti i settori migliorerà l'efficacia delle attività di prevenzione.

Oltre a operare al rispettivo livello di governo o di autorità, i responsabili delle decisioni e i professionisti possono e devono lavorare insieme su tutti i livelli perché si ottengano significativi miglioramenti. Le diverse componenti della società civile – quali i media, le organizzazioni della comunità, le associazioni professionali, le organizzazioni sindacali, le istituzioni religiose e le strutture tradizionali – possono avere in sé un gran numero di conoscenze ed esperienze importanti.

Ogni paese possiede una propria struttura di governo, che può essere uno stato unitario

estremamente centralizzato o, al lato opposto, un sistema federale che suddivide i poteri tra governi locali, regionali e nazionali. A prescindere dalla struttura, comunque, i processi di pianificazione strategica – solitamente condotti dai governi nazionali ma comprendenti altri livelli e settori – possono essere utili per creare consenso, fissare obiettivi e tempistiche e assegnare responsabilità a tutti coloro che possono contribuire in qualche modo. Alcune organizzazioni delle Nazioni Unite e agenzie per lo sviluppo bilaterale possiedono una notevole competenza nella pianificazione strategica relativa ai problemi di salute pubblica dei paesi in via di sviluppo, fatto che può contribuire in modo proficuo alla prevenzione della violenza.

Raccomandazioni

Le raccomandazioni che seguono mirano a mobilitare l'azione in risposta alla violenza. Tutte le raccomandazioni devono essere considerate da un'ampia gamma di settori e sostenitori per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Queste raccomandazioni devono ovviamente essere applicate con flessibilità e con appropriata comprensione delle condizioni e delle capacità locali. I paesi colpiti attualmente dalla violenza collettiva, o con scarse risorse finanziarie e umane, troveranno difficile o impossibile applicare alcune delle raccomandazioni nazionali o locali da soli. In tali circostanze, è possibile che siano in grado di operare con l'aiuto delle organizzazioni internazionali o non governative presenti sul loro territorio e in grado di sostenere o implementare alcune delle raccomandazioni.

Raccomandazione 1.

Creare, implementare e monitorare un piano di azione nazionale per la prevenzione della violenza

L'elaborazione di un piano di azione nazionale multisettoriale rappresenta un elemento chiave per prevenire la violenza in modo duraturo. Probabilmente non è sempre facile ottenerla, a causa delle comprensibili richieste pubbliche per un'azione immediata che affronti gli effetti più visibili della violenza. È necessario, comunque, che il leader nazionali comprendano che i benefici di un approccio di salute pubblica prolungato saranno più profondi e duraturi rispetto a politiche di reazione a breve termine. Tale piano di azione avrà bisogno di un impegno politico visibile e dell'investimento di autorità morale.

Un piano di azione nazionale per prevenire la violenza dovrebbe comprendere obiettivi, priorità, strategie e responsabilità precise, così come una programmazione temporale e un meccanismo di valutazione. Si dovrebbe basare su un consenso elaborato da un'ampia gamma di attori del governo e non governativi, tra cui appropriate organizzazioni di sostenitori. Il piano dovrebbe considerare le risorse umane e finanziarie disponibili e allocabili per la sua implementazione. Dovrebbe includere elementi quali la revisione e la riforma della legislazione e della politica esistenti, la creazione di competenze per la raccolta dei dati e la ricerca, il potenziamento dei servizi per le vittime, nonché l'elaborazione e la valutazione delle risposte di prevenzione. Per garantire che il piano teorico diventi azione, è fondamentale che un'organizzazione specifica venga investita della responsabilità di monitorare e riferire periodicamente in merito ai progressi realizzati in questi e altri aspetti del piano.

Sarà necessario istituire dei meccanismi di coordinamento a livello locale, nazionale e internazionale per permettere una fruttuosa collaborazione tra settori quali la giustizia penale, l'educazione, il lavoro, la salute, il welfare e altri potenzialmente coinvolti nell'elaborazione e nell'implementazione del piano. Meccanismi quali task force nazionali, comitati interministeriali e gruppi di lavoro delle Nazioni Unite possono essere in grado di facilitare questo coordi-

namento. A livello locale, è possibile creare o utilizzare comitati, task force e reti di comunità per sostenere la creazione e l'implementazione del piano.

Raccomandazione 2.

Migliorare la capacità di raccolta dei dati sulla violenza

Il piano di azione nazionale per la prevenzione della violenza deve contemplare la creazione o il miglioramento della capacità nazionale di raccogliere e analizzare i dati relativi ad ampiezza, cause e conseguenze della violenza. Questi dati sono necessari per fissare le priorità, guidare l'elaborazione del programma e monitorare il progresso del piano di azione. Come illustrato in tutto il presente Rapporto, in tutti i paesi sono in corso almeno dei tentativi di raccolta dei dati, anche se la qualità e la condivisione degli stessi potrebbero essere migliorate.

In alcuni paesi la soluzione più efficiente per il governo centrale potrebbe consistere nell'investire un'istituzione, un'agenzia o un'unità del governo della responsabilità di raccogliere e confrontare le informazioni delle autorità sanitarie, giudiziarie e di altro genere che hanno contatti regolari con le vittime e i responsabili della violenza. Tale istituzione potrebbe essere un "centro di eccellenza", con responsabilità relative alla documentazione delle dimensioni della violenza all'interno del paese, alla promozione o alla conduzione della ricerca e alla formazione di personale per queste funzioni. Dovrebbe creare legami con altre istituzioni e agenzie simili al fine di scambiare dati, strumenti e metodi di ricerca. Nei paesi dotati di risorse limitate, potrebbe anche assumere la funzione di monitoraggio illustrata nella Raccomandazione 1.

La raccolta dei dati è un elemento importante a tutti i livelli, ma è a livello locale che vengono definite la qualità e la completezza dei dati. È necessario elaborare sistemi che siano realizzabili in modo semplice ed efficace dal punto di vista dei costi, adeguati al livello di competenze del personale che li utilizza e conformi a standard nazionali e internazionali. Ancora, si dovrebbero prevedere procedure per la condivisione dei dati tra le autorità coinvolte (quali quelle responsabili per la salute, la giustizia penale e la politica sociale) e le parti interessate, e si dovrebbe contemplare la capacità di effettuare analisi comparative.

A livello internazionale, mancano attualmente nel mondo standard internazionalmente accettati per la raccolta dei dati sulla violenza che possano migliorare la comparabilità dei dati stessi tra nazioni e culture diverse. Si tratta di una grave carenza, anche perché le attuali lacune delle informazioni ostacolano la misurazione delle dimensioni del problema della violenza a livello mondiale e rendono quindi difficile una ricerca a livello globale o l'elaborazione degli interventi. Se da un lato molte di queste lacune sono semplicemente il risultato di dati mancanti, altre nascono dalle differenze di classificazione dei dati nei diversi paesi (e talvolta anche tra diverse agenzie all'interno di singoli paesi). È possibile e necessario correggere questo problema elaborando e diffondendo standard internazionali condivisi per la raccolta dei dati. La Classificazione internazionale delle cause esterne di lesioni (1) e le Linee guida per la sorveglianza delle lesioni elaborate dall'OMS e dai Centri per il controllo la prevenzione delle malattie negli Stati Uniti (2) rappresentano dei passi in questa direzione.

Raccomandazione 3.

Definire le priorità e sostenere la ricerca relative a cause, conseguenze, costi e prevenzione della violenza

Sebbene questo Rapporto abbia dimostrato che sono stati compiuti progressi nella comprensione della violenza tra i diversi gruppi di popolazione in contesti differenti, è necessario condurre ulteriori ricerche. Vi sono diverse ragioni per sostenere tale attività, ma una delle

priorità principali consiste nell'importanza di ottenere una migliore comprensione del problema nei diversi contesti culturali per elaborare e valutare risposte appropriate.

A livello nazionale, e come parte del piano d'azione, la politica di governo può sostenere un programma di ricerca attraverso il coinvolgimento diretto di istituzioni pubbliche (diversi ministeri sociali e degli interni, così come agenzie giudiziarie, possiedono programmi interni di ricerca), e il finanziamento di istituzioni accademiche e di ricercatori indipendenti.

È possibile e doveroso inoltre intraprendere la ricerca a livello locale. Questo tipo di impegno è estremamente importante per le attività di prevenzione della violenza locale, ma rappresenta anche un importante aspetto dell'impegno di ricerca più ampio richiesto da un approccio globale al problema della violenza. Per ottenere i risultati migliori, le autorità locali dovrebbero coinvolgere tutti i partner dotati delle capacità necessarie, comprese le facoltà universitarie (quali medicina, scienze sociali, criminologia ed epidemiologia), le strutture di ricerca e le organizzazioni non governative.

Se da un lato il nucleo centrale della ricerca deve essere condotto a livello locale in risposta a condizioni e necessità locali, alcuni aspetti prioritari che rivestono importanza globale richiedono invece un impegno internazionale. Gli ambiti della ricerca a questo livello comprendono: la relazione tra violenza e diversi aspetti della globalizzazione, tra cui l'impatto economico, ambientale e culturale; i fattori di rischio e di protezione comuni a culture e società diverse; gli approcci di prevenzione promettenti applicabili a contesti diversi.

Alcuni aspetti della globalizzazione hanno un impatto profondo su diversi tipi di violenza in contesti differenti, ma non si hanno molte informazioni relative a quali fattori specifici determinano la violenza e al modo in cui è possibile attenuarli. Non è stata ancora approfondita la ricerca sui fattori di rischio comuni a contesti diversi, e ancora più superficiali sono le informazioni relative all'ambito potenzialmente molto interessante dei fattori di protezione. Oltre a ciò, sebbene si sappia molto su interventi singoli condotti in diversi paesi (alcuni dei più interessanti sono descritti in questo Rapporto), pochi di essi sono stati valutati.

Raccomandazione 4.

Promuovere risposte di prevenzione primaria

L'importanza della prevenzione primaria è un tema ribadito in tutto il Rapporto. La ricerca evidenzia come questo tipo di prevenzione sia estremamente efficace quando viene effettuato al più presto e tra gli individui e i gruppi che manifestano rischi più elevati rispetto alla popolazione generale – anche se gli interventi rivolti a quest'ultima possono comunque avere effetti positivi. Eppure, come sottolineato nei diversi capitoli, a nessun livello viene data sufficiente importanza alla prevenzione primaria. È necessario modificare questa situazione.

Alcuni degli interventi di prevenzione primaria importanti per ridurre la violenza consistono in:

- assistenza sanitaria prenatale e perinatale per le madri, così come programmi di arricchimento prescolare e di sviluppo sociale per bambini e adolescenti;
- attività di formazione al ruolo di genitori e migliore funzionamento familiare;
- miglioramenti dell'infrastruttura urbana (sia a livello fisico sia socioeconomico);
- provvedimenti volti a ridurre le lesioni da arma da fuoco e a migliorare la sicurezza delle stesse;
- campagne dei media per modificare atteggiamenti, comportamenti e norme sociali.

I primi due interventi sono importanti per ridurre l'abuso e l'incuria nei confronti dei bambini così come la violenza nell'adolescenza e nell'età adulta.

Importanti contributi possono inoltre essere offerti da miglioramenti dell'infrastruttura (sia a livello fisico sia socioeconomico). Più precisamente, ciò significa occuparsi dei fattori ambientali all'interno delle comunità: individuare le località in cui la violenza si manifesta con frequenza, analizzare i fattori che rendono pericoloso un determinato luogo (ad esempio scarsa illuminazione, isolamento o vicinanza a una struttura in cui si consumano alcolici) nonché modificare o eliminare tali fattori. Si tratta inoltre di potenziare l'infrastruttura socioeconomica delle comunità locali attraverso maggiori investimenti e migliori opportunità educative ed economiche.

Un altro ambito di intervento a livello sia nazionale sia locale riguarda la prevenzione delle lesioni da arma da fuoco e il miglioramento delle misure di sicurezza legate a tale tipo di armi. Le armi da fuoco rappresentano un importante fattore di rischio per diversi tipi di violenza, tra cui la violenza giovanile, quella collettiva e il suicidio. Gli interventi volti a ridurre le lesioni da arma da fuoco – sia accidentali sia intenzionali – comprendono, ad esempio, la legislazione sulla vendita e il possesso di armi, programmi per la raccolta e il ritiro di armi detenute illegalmente in aree interessate da frequenti episodi di violenza legati alle armi, programmi di smobilitazione delle milizie e dei militari dopo i conflitti, nonché misure per migliorare la conservazione sicura delle armi. È necessario condurre ulteriori ricerche per valutare l'efficacia di interventi di questo tipo e di altro genere. Si tratta di un'area particolarmente adatta in cui la collaborazione multisettoriale tra le autorità legislative, politiche e di salute pubblica sarà importante per ottenere un successo globale.

I media hanno notevoli potenzialità sia come forze negative che positive nella prevenzione della violenza. Sebbene non siano ancora disponibili risultati conclusivi sul modo in cui l'esposizione alla violenza attraverso i media influenzi diversi tipi di violenza, esistono evidenze di una relazione tra la diffusione di notizie relative ai suicidi e i successivi suicidi. I media possono essere utilizzati per modificare atteggiamenti e comportamenti legati alla violenza così come le norme sociali, grazie alla stampa o alla messa in onda di informazioni contro la violenza, o tramite l'inserimento di messaggi contro la violenza nei programmi di intrattenimento quali ad esempio le soap opera (Box 9.1).

In base alle condizioni delle singole località, la maggior parte di questi interventi primari può inoltre avere importanti effetti di rinforzo reciproco.

Raccomandazione 5.

Potenziare le misure a favore delle vittime della violenza

I servizi sanitari, sociali e legali offerti alle vittime della violenza dovrebbero essere potenziati in tutti paesi. A questo scopo è necessario recensire i servizi attualmente disponibili, migliorare la formazione del personale e incrementare l'integrazione del sostegno a livello sanitario, sociale e legale.

Il sistema sanitario nel suo complesso dovrebbe includere tra i propri obiettivi quello di potenziare le capacità e il finanziamento per offrire assistenza di qualità alle vittime di tutti tipi di violenza, nonché i servizi di riabilitazione e sostegno necessari per prevenire ulteriori conseguenze negative. Tra le priorità vi sono:

- migliorare i sistemi di risposta di emergenza e la capacità del settore sanitario di trattare e riabilitare le vittime;
- riconoscere i segni di incidenti violenti o di situazioni violente in atto, e inviare le vittime ad agenzie appropriate per il follow-up e il sostegno;
- garantire che i servizi sanitari, giudiziari, di polizia e sociali evitino una nuova vittimizzazione di chi è già stato vittima e dissuadano in modo efficace i responsabili dalla reiterazione della violenza;

- fornire sostegno sociale, programmi di prevenzione e altri servizi che proteggano le famiglie esposte al rischio di violenza e riducano lo stress che grava su chi presta assistenza;
- inserire insegnamenti relativi alla prevenzione della violenza nei programmi degli studenti di medicina e di scienze infermieristiche.

Ciascuna attività elencata può essere d'aiuto nel ridurre al minimo l'impatto della violenza sugli individui e i costi dei sistemi sanitario e sociale. I sistemi di pronto intervento e l'assistenza pre-ospedaliera possono ridurre in modo significativo il rischio di morte o disabilità

Box 9.1 Promozione della salute, prevenzione della violenza e media: la campagna di *Soul City*

In Sudafrica, l'Institute for Health and Development Communication (IHDC) è stato premiato per il modo innovativo in cui utilizza il potere dei mass media per promuovere la salute e lo sviluppo. Il progetto di quest'organizzazione non governativa intreccia questioni sociali e di salute nella televisione e nei drammi radiofonici di trasmessi nelle fasce orarie di maggiore ascolto, raggiungendo un pubblico di milioni di persone in tutto il paese. Coinvolgendo intimamente gli spettatori e gli ascoltatori a livello emotivo, la struttura dei programmi mira a modificare le attitudini di base e le norme sociali e quindi a modificare i comportamenti. Una serie televisiva, chiamata *Soul City*, si rivolge al pubblico generale, mentre una seconda, *Soul Buddyz*, si rivolge a bambini di età compresa tra 8 e 12 anni. *Soul City* è uno dei programmi più popolari della televisione sudafricana, e raggiunge quasi l'80% del suo pubblico di circa sedici milioni di persone; *Soul Buddyz* è seguito dai due terzi di tutti i bambini del Sudafrica.

Accanto ai programmi televisivi, l'IHDC ha pubblicato opuscoli che forniscono ulteriori informazioni sugli argomenti trattati, con immagini dei personaggi popolari dei racconti televisivi. Il progetto ha inoltre prodotto audio e video cassette da utilizzare in un'ampia gamma di contesti educativi formali e informali.

La violenza rappresenta una grave priorità di salute pubblica in Sudafrica e le serie televisive hanno trattato questo problema nella maggior parte dei propri programmi. Gli argomenti specifici trattati hanno riguardato la violenza interpersonale generica, il bullismo, la violenza delle bande, la violenza domestica, lo stupro e le molestie sessuali. Il progetto mira a prevenire la violenza:

- sensibilizzando la coscienza del pubblico in merito alle reali dimensioni della violenza nella società e alle sue conseguenze;
- convincendo le persone del fatto che si trovano nelle condizioni di fare qualcosa per contrastare la violenza, sia come individui sia come membri della comunità;
- incoraggiando una migliore educazione dei figli, attraverso il ricorso a modelli di ruolo, e una migliore comunicazione e relazione tra genitori e figli.

Il progetto dell'IHDC inoltre gestisce una linea verde telefonica di sostegno per il pubblico dei programmi, che fornisce counselling per le situazioni di crisi e indirizza le persone, quando necessario, ai servizi di sostegno della comunità. Ha inoltre elaborato materiale per la formazione relativa alla violenza contro le donne rivolto a counsellor e operatori sanitari, polizia e funzionari giudiziari.

Una valutazione della prima serie di *Soul Buddyz* è attualmente in atto. Valutazioni condotte sulla serie per adulti *Soul City* hanno riscontrato un aumento di conoscenze e consapevolezza, nonché modifiche negli atteggiamenti e nelle norme sociali relative alla violenza domestica e alle relazioni tra i sessi. Inoltre, si è osservato un significativo incremento del desiderio di modificare il comportamento e di agire contro la violenza, sia nelle aree urbane sia in quelle rurali, tra gli uomini come tra le donne.

dovuto a un trauma fisico. Meno tangibili ma altrettanto importanti sono le misure che riguardano la modifica degli atteggiamenti della polizia e di altri funzionari pubblici, attraverso informazioni sulla violenza nella coppia e la violenza sessuale e insegnando a questi operatori a riconoscere e a reagire ai casi di violenza.

Nelle situazioni in cui i ministeri della salute forniscono linee guida per i programmi di studio delle scuole di medicina e di scienze infermieristiche, l'azione politica a livello nazionale dovrebbe controllare che tutto il personale sanitario – nel proprio corso di studi – abbia opportunità formative sul problema della violenza, delle sue conseguenze e della sua prevenzione. Dopo essersi diplomato, il personale sanitario dovrebbe essere in grado di riconoscere i segni di violenza ed essere intenzionato a farlo. Queste misure possono essere particolarmente utili nei confronti di soggetti che non sono in grado di comunicare la propria esperienza, come ad esempio bambini piccoli o persone anziane incapaci, o comunque persone che hanno paura di esporsi – ad esempio vittime di violenza domestica, prostitute o migranti privi di documenti.

L'applicazione pratica di queste politiche deve essere implementata e valutata in modo attento al fine di evitare un'ulteriore vittimizzazione dei soggetti già colpiti. Per fare un esempio, se il personale sanitario accerta che un paziente è stato vittima di violenza, le procedure volte a ottenere le prove di tale violenza non devono esporre il paziente al rischio di nuove violenze da parte del responsabile, né esporlo alla riprovazione della sua famiglia o della sua comunità o determinare altre conseguenze negative.

Raccomandazione 6.

Integrare la prevenzione della violenza nelle politiche sociali ed educative promuovendo così la parità di genere e l'uguaglianza sociale

Molte manifestazioni di violenza sono collegate alle disparità sociali e di genere che espongono ampie percentuali di popolazione a un rischio più elevato. L'esperienza dei paesi che hanno migliorato lo status delle donne e ridotto la discriminazione sociale suggerisce la necessità di un gran numero di interventi. A livello nazionale, essi comprenderanno riforme legislative e giuridiche, campagne di comunicazione per migliorare la consapevolezza pubblica del problema, formazione e monitoraggio della polizia e dei funzionari pubblici, nonché incentivi educativi o economici per i gruppi più deboli. Per elaborare questi interventi sarà necessaria una ricerca a livello culturale e sociale, così da renderli realizzabili ed efficaci.

Contemporaneamente, è necessario potenziare le politiche e i programmi di protezione sociale, sia per la popolazione generale sia per i gruppi svantaggiati. Questo tipo di interventi è in grande difficoltà in diverse parti del mondo a causa di un'ampia gamma di fattori, tra cui l'impatto della globalizzazione, le politiche di indebitamento e di adeguamento strutturale, la trasformazione delle economie pianificate in economie di mercato e i conflitti armati. Diversi paesi hanno visto crollare i redditi reali, deteriorarsi le infrastrutture di base – soprattutto nelle aree urbane – e hanno assistito a riduzioni drastiche della qualità e della quantità dei servizi sanitari, educativi e sociali. A causa dei documentati collegamenti tra queste condizioni e la violenza, i governi dovrebbero fare del proprio meglio per mantenere operativi i servizi di protezione sociale, se necessario riorganizzando le priorità all'interno dei propri bilanci nazionali.

Raccomandazione 7.

Migliorare la collaborazione e lo scambio di informazioni sulla prevenzione della violenza

È necessario analizzare le relazioni e le comunicazioni di lavoro tra le agenzie internazionali, le agenzie di governo, i ricercatori, le reti e le organizzazioni non governative impegnate nella

prevenzione della violenza per ottimizzare la condivisione delle conoscenze, ottenere accordo sugli obiettivi della prevenzione e coordinamento dell'azione. Tutti hanno un'importante ruolo da svolgere nella prevenzione della violenza (Box 9.2).

Diverse agenzie internazionali, istituzioni regionali e organismi delle Nazioni Unite stanno attualmente lavorando nel campo della prevenzione della violenza o hanno impegni o attività assolutamente pertinenti alla sua riduzione, compresi quelli che si occupano di questioni

Box 9.2 Reagire alla minaccia della violenza: la Coalizione interamericana per la prevenzione della violenza

Nelle nazioni del continente americano, così come in tutto il mondo, la sicurezza pubblica è un problema di urgente e sentita preoccupazione per i governi. Da un punto di vista economico nazionale, la violenza condiziona gli investimenti esteri e interni, mettendo in difficoltà la crescita e lo sviluppo a lungo termine. A causa della violenza inoltre, i cittadini non si sentono sicuri e perdono fiducia nel sistema penale e in quello politico.

Come risposta a questa preoccupazione, cinque organismi internazionali regionali e un'organizzazione nazionale hanno unito le proprie forze nel giugno 2000 per creare un'iniziativa chiamata Coalizione interamericana per la prevenzione della violenza. Le organizzazioni partecipanti erano:

- la Banca interamericana per lo sviluppo;
- l'Organizzazione degli stati americani;
- l'Organizzazione panamericana della sanità;
- l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura;
- i Centri di controllo e prevenzione delle malattie degli Stati Uniti;
- la Banca mondiale.

La coalizione ritiene di poter offrire effettivo sostegno alle iniziative nazionali – promosse dai governi, dalla società civile o dal settore privato – per la prevenzione della violenza, in particolare mobilitando nuovi partner e risorse. Se da un lato le sue attività si basano sul principio della cooperazione, la coalizione rispetta la libertà dei singoli paesi nel prendere le proprie decisioni riguardo alla prevenzione della violenza.

Le principali azioni pianificate dalla coalizione comprendono:

- sponsorizzare campagne volte a incrementare la consapevolezza pubblica in merito all'importanza della prevenzione della violenza;
- sostenere gli sforzi di raccolta e pubblicazione di dati affidabili sulla violenza e il crimine, a livello locale e nazionale;
- creare un sito Web sulla prevenzione della violenza, con una banca dati delle pratiche migliori;
- fornire informazioni sulla prevenzione della violenza a politici e responsabili delle decisioni in tutta la regione;
- organizzare seminari e workshop regionali sulla prevenzione della violenza, così come visite e iniziative di studio tra città gemellate;
- collaborare con i media;
- collaborare con i ministri di governo e i sindaci delle città, nonché altri funzionari a livello nazionale e locale;
- collaborare con il settore privato, le organizzazioni non governative e le comunità etniche e religiose;
- fornire sostegno tecnico per la creazione, l'implementazione e la valutazione di programmi nazionali di prevenzione della violenza.

Si tratta del primo sforzo di prevenzione della violenza di questo genere sul continente americano e può rappresentare un modello per iniziative regionali simili in altre parti del mondo.

economiche, diritti umani, diritto internazionale e sviluppo sostenibile. A tutt'oggi, il coordinamento tra tutti questi organismi è ancora insufficiente. Sarebbe necessario rimediare a questo problema per evitare un'inutile duplicazione e per trarre beneficio dal raggruppamento di competenze, reti, finanziamenti e strutture interne. Devono essere ricercati meccanismi per migliorare la cooperazione, iniziando possibilmente su piccola scala e coinvolgendo un numero ristretto di organizzazioni che siano impegnate e possiedano l'esperienza pratica nel campo della prevenzione della violenza (Box 9.3).

I grandi progressi nell'ambito della tecnologia delle comunicazioni, negli ultimi anni, rappresentano un aspetto positivo della globalizzazione, che ha permesso la creazione di migliaia di reti in un'ampia varietà di campi. Nell'ambito della prevenzione della violenza e in quelli collegati, le reti di ricercatori e di professionisti hanno notevolmente migliorato la base di conoscenze a livello mondiale, proponendo un'ampia gamma di modelli di prevenzione, discutendo metodologie ed esaminando in modo critico i risultati della ricerca. Lo scambio di informazioni e di idee è fondamentale per il progresso futuro, parallelamente all'opera delle autorità di governo, degli erogatori dei servizi e dei gruppi di pressione.

Questi ultimi sono partner importanti partner in materia di salute pubblica. I gruppi di pressione che si occupano di violenza contro le donne e di violazioni dei diritti umani (speci-

Box 9.3 L'impegno delle Nazioni Unite per la prevenzione della violenza interpersonale

Attualmente le agenzie delle Nazioni Unite si stanno impegnando a fondo per la prevenzione della violenza interpersonale, in particolare attraverso iniziative che affrontano tipologie specifiche di violenza in contesti particolari. Fino a poco tempo fa, tuttavia, gran parte di questo lavoro è stato condotto in modo isolato.

Nel novembre 2001, rappresentanti di dieci agenzie delle Nazioni Unite si sono incontrati a Ginevra, in Svizzera, per discutere le proprie attività nel campo della violenza interpersonale e per trovare modalità di coordinamento per l'impegno futuro in questo ambito. Sebbene le agenzie delle Nazioni Unite avessero precedentemente collaborato in modo efficace nel campo della violenza legata ai conflitti, poco era stato fatto fino a quel momento come collaborazione interagenzia per prevenire la violenza e la criminalità quotidiane – problemi che coinvolgono individui, famiglie, comunità e istituzioni quali le scuole e i posti di lavoro. Si teorizzò la possibilità di ottenere notevoli benefici con una maggiore collaborazione su questo problema complesso, all'interno delle singole agenzie delle Nazioni Unite ma soprattutto tra di loro. L'incontro ha rappresentato il primo passo in questa direzione.

In un messaggio ai rappresentanti, il Segretario Generale delle Nazioni Unite Kofi Annan ha dichiarato: "Gli uomini e le donne in tutto il mondo hanno il diritto di vivere la propria vita e di crescere i propri figli liberi dalla paura della violenza. Dobbiamo aiutarli a godere di questo diritto, facendo capire in modo chiaro che la violenza è evitabile e lavorando insieme per individuare e affrontare le sue cause profonde".

I partecipanti evidenziarono un ampio numero di attività di collaborazione da intraprendere. Nell'immediato, queste comprendevano la preparazione di una guida alle risorse e alle attività delle Nazioni Unite per la prevenzione della violenza interpersonale, sottolineando le competenze fondamentali di ogni agenzia in questo campo e individuando aree non affrontate fino a quel momento dalle organizzazioni delle Nazioni Unite. Sulla base di questa guida, verrà elaborato un sito Web che aiuti le agenzie partecipanti a scambiare le informazioni e che funga da risorsa per altre agenzie delle Nazioni Unite, governi, organizzazioni non governative, ricercatori e donatori. Per il medio e lungo termine, l'impegno di collaborazione comprenderà attività di difesa e sostegno, raccolta e analisi dei dati, ricerca e iniziative di prevenzione.

ficamente di tortura e di crimini di guerra) ne sono un eccellente esempio. Questi gruppi hanno dimostrato la propria capacità di mobilitare risorse, raccogliere e trasmettere informazioni relative a problemi importanti nonché organizzare campagne che hanno influenzato le azioni dei responsabili delle decisioni. Negli ultimi anni si sono fatti notare anche gruppi che si occupano di altri problemi, specificamente di abuso sugli anziani e di suicidio. Il valore dei gruppi di pressione dovrebbe essere riconosciuto. Questo riconoscimento si può ottenere attraverso provvedimenti pratici, come ad esempio offrire loro uno status ufficiale in occasione di conferenze internazionali importanti e includerli nei gruppi di lavoro ufficiali.

Un'altra area importante in cui è possibile progredire è quella che riguarda la condivisione delle informazioni tra gli esperti che si occupano dei diversi tipi di violenza. Gli esperti in campi quali l'abuso infantile, la violenza giovanile, la violenza della coppia, l'abuso sugli anziani o la prevenzione del suicidio spesso collaborano strettamente con altri esperti che operano nello stesso campo, ma hanno contatti molto meno significativi con chi lavora su altri tipi di violenza. Come questo Rapporto ha dimostrato, tutti tipi di violenza presentano fattori di rischio e strategie di prevenzione comuni. Pertanto, si potrebbero ottenere risultati notevoli elaborando piattaforme che facilitino lo scambio di informazioni, ricerche congiunte e un lavoro di sensibilizzazione.

Raccomandazione 8.

Promuovere e monitorare l'adesione a trattati, leggi e altri meccanismi internazionali volti a difendere i diritti umani

Negli ultimi cinquant'anni, i governi nazionali hanno sottoscritto molti accordi legali internazionali che hanno rilevanza diretta nei confronti della violenza e della sua prevenzione. Tali accordi fissano standard per la legislazione nazionale e definiscono norme e limiti di comportamento. Alcuni degli accordi più importanti nel contesto preso in esame da questa relazione sono:

- La Convenzione per la prevenzione e la repressione del crimine di genocidio (1948).
- La Convenzione per la soppressione del traffico delle persone e dello sfruttamento della prostituzione (1949).
- La Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale (1965).
- Il Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali (1966).
- Il Patto internazionale sui diritti civili e politici (1966).
- La Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (1979).
- La Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, disumani o degradanti (1984).
- La Convenzione relativa ai diritti dell'infanzia (1989) e i due Protocolli opzionali sul Coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati (2000) e sulla Vendita dei bambini, la prostituzione infantile e la pornografia infantile (2000).
- Lo Statuto di Roma relativo al Tribunale penale internazionale (1998).

Esistono anche altri importanti accordi strettamente pertinenti a diversi aspetti della violenza, quali la Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli (1981) e la Convenzione interamericana sulla prevenzione, punizione ed eliminazione della violenza contro le donne (1994).

Se da un lato molti governi nazionali hanno compiuto progressi nell'armonizzare la legislazione con i propri obblighi e impegni, altri non lo hanno ancora fatto. Alcuni non possiedono le risorse o le capacità per mettere in pratica i provvedimenti di questi strumenti internazionali. Quando l'ostacolo è rappresentato dalla scarsità di risorse o di informazioni, la comunità

internazionale dovrebbe mobilitarsi e fornire aiuto. In altri casi si dovrebbero realizzare impegnative campagne di sensibilizzazione per determinare cambiamenti nella legislazione e nella pratica.

Raccomandazione 9.

Perseguire risposte concrete, condivise a livello internazionale, nei confronti del commercio globale di droghe e armi

Il commercio globale di droghe e quello di armi sono parte integrante della violenza sia nei paesi in via di sviluppo sia in quelli industrializzati e rientrano nelle disposizioni nazionali e internazionali. Dalle evidenze fornite in diversi punti di questo Rapporto, perfino i più piccoli progressi su uno qualsiasi di questi due fronti potrà contribuire a ridurre la quantità e il grado di violenza di cui sono vittime milioni di persone. A tutt'oggi, tuttavia, e nonostante l'interesse per questi problemi a livello mondiale, non sembra si prospettino soluzioni. Le strategie di salute pubblica potrebbero essere d'aiuto per ridurre l'effetto sulla salute di questi due problemi in un ampio numero di contesti a livello locale o nazionale, e dovrebbero quindi avere un profilo decisamente più elevato nelle risposte a livello globale.

Conclusioni

La violenza non è inevitabile. Possiamo fare molto per affrontarla e prevenirla. Gli individui, le famiglie e le comunità le cui vite ne vengono ogni anno distrutte, possono essere protetti e le cause profonde della violenza possono essere contrastate al fine di creare una società più sana per tutti.

Il mondo non ha ancora quantificato pienamente le dimensioni di questo compito e non possiede ancora gli strumenti per portarlo a termine. Ma la base di conoscenze globali sta aumentando ed è già stata acquisita una notevole quantità di esperienze utili.

Questo Rapporto cerca di contribuire alla base di conoscenze. Si spera che esso ispiri e faciliti maggiore cooperazione, innovazione e impegno per prevenire la violenza in tutto mondo.

Bibliografia

1. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. *International classification for external causes of injuries*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001.
2. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001(document WHO/NMH/VIP/01.02).

Fonti

Questo capitolo propone un elenco di fonti su argomenti relativi alla violenza, soprattutto indirizzi Internet di organizzazioni che si occupano di ricerca, prevenzione e azioni di pressione nell'ambito della violenza. L'obiettivo di questo elenco è quello di offrire un campione illustrativo piuttosto che un elenco esaustivo delle risorse disponibili. È stato compiuto ogni sforzo per garantire che i siti Web elencati siano affidabili, aggiornati e ricchi di contenuti. La Sezione I contiene un elenco di metasiti, la sezione II un elenco di siti Web suddivisi in base al tipo di violenza e la sezione III un elenco di siti Web generici che possono interessare le persone che si occupano di ricerca, prevenzione e azioni di pressione nell'ambito della violenza.

Sezione I. Metasiti relativi alla violenza

Vengono presentati cinque metasiti. Globalmente, essi offrono accesso a centinaia di siti Web di organizzazioni che si occupano di violenza in tutto il mondo. Per ognuno di essi viene fornita una breve descrizione.

WHO Department of Injuries and Violence Prevention: link esterni

http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/sites/en

Il Dipartimento OMS per la prevenzione delle lesioni e della violenza offre un elenco esaustivo di link esterni a organizzazioni di tutto il mondo che si occupano di ricerca, prevenzione e azioni di pressione. I siti Web di queste agenzie sono elencati in base alla regione geografica e in base al tipo di violenza e altri argomenti.

Economics of Civil Wars, Crime and Violence: link collegati

<http://econ.worldbank.org/programs/conflict/topic/12377>

Ospitato dal sito della Banca Mondiale, questo link permette di accedere a siti Web dedicati allo studio dei conflitti. L'elenco comprende dati sulle variabili politiche ed economiche dei paesi che hanno vissuto conflitti violenti al proprio interno; informazioni relative alle organizzazioni che operano nell'ambito della soluzione dei conflitti; e siti che forniscono background storico e analisi di casi specifici di conflitti interni.

Injury Control Resource Information Network

<http://www.injurycontrol.com/icrin>

La Rete di informazioni sulle risorse per il controllo delle lesioni offre un elenco dinamico delle risorse chiave nel campo della ricerca e del controllo delle lesioni accessibili tramite internet. I siti sono elencati in base a categorie e comprendono dati e statistiche, ricerca recente, educazione e formazione. Se da un lato la maggioranza è rappresentata dai siti di agenzie federali e statali degli Stati Uniti, alcuni siti sono di altri paesi.

Injury Prevention Web

<http://www.injuryprevention.org>

Il Web di prevenzione delle lesioni contiene più di 400 collegamenti a siti Web sulla prevenzione delle lesioni e della violenza di tutto il mondo. I siti sono elencati in ordine alfabetico e

in base a categorie quali la prevenzione della violenza, del suicidio, di guerre e conflitti. Il sito offre anche aggiornamenti settimanali sugli ultimi articoli giornalistici e rapporti di agenzia, nonché elenchi di opportunità di lavoro nel campo della ricerca e della prevenzione delle lesioni e della violenza.

Minnesota Center Against Violence and Abuse: electronic clearing house

<http://www.mincava.unm.edu>

Il centro elettronico per lo scambio delle informazioni del Minnesota Center Against Violence and Abuse fornisce articoli, opuscoli e altre fonti di informazioni, così come collegamenti a siti Web relativi a un'ampia gamma di argomenti, tra cui abuso sui bambini, violenza di gruppo e abuso sugli anziani. Il sito offre inoltre banche dati consultabili con più di 700 manuali di formazione, video e altre risorse educative.

Sezione II. Siti Web relativi al problema della violenza

La Tabella 1 comprende un elenco di siti Web, in gran parte home page di organizzazioni che si occupano di violenza, suddivisi in base al tipo di violenza. I siti Web elencati non si limitano a fornire informazioni sulle organizzazioni stesse, ma si occupano anche di argomenti relativi alla violenza in generale.

Sezione III. Altri siti Web

La Tabella 2 elenca altri siti Web che possono essere utili a chi si occupa di ricerca, prevenzione e azioni di pressione nell'ambito della violenza. Questi siti si occupano soprattutto di ampi argomenti contestuali quali sviluppo economico e sociale, diritti umani e crimine e comprendono anche alcuni utili strumenti per migliorare la comprensione delle lesioni legate alla violenza.

Tabella 1 Siti Web relativi al problema della violenza

Tipo di violenza	Sito Web
Abuso e incuria nei confronti dei bambini	
Casa Alianza: Covenant House Latin America	http://www.casa-alianza.org/it
Child Abuse Prevention Network	http://child-abuse.com
Great Lakes Area Regional Resource Center: Early Prevention of Violence Database	http://www.glarcc.org/Resources/EPVD.cfm
Società internazionale per la prevenzione dell'abuso dell'infanzia e dell'adolescenza	http://www.ispcan.org
Minnesota Center Against Violence and Abuse	http://www.mincava.umn.edu
Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani: Convenzione dei diritti dell'infanzia	http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc
Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia: Centro di ricerca Innocenti dell'UNICEF	http://www.unicef.org http://www.unicef-icdc.org
Violenza collettiva	
Centre for the Study of Violence and Reconciliation	http://www.csvr.org.za
Correlates of War Project	http://www.umich.edu/~cowproj
Global Internally Displaced Persons Project	http://www.idpproject.org
International Relations and Security Network: Security Watch	http://www.isn.ethz.ch/infoservice
Ufficio di coordinamento degli affari umanitari	http://ochaonline.un.org
Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati	http://www.unhcr.ch
Istituto Internazionale di ricerca sulla pace di Stoccolma	http://www.sipri.se
Abuso sugli anziani	
Action on Elder Abuse	http://www.elderabuse.org.uk
Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse	http://www.mun.ca/elderabuse
HelpAge International	http://www.helpage.org
International Network for the Prevention of Elder Abuse	http://www.inpea.net
National Center on Elder Abuse	http://www.elderabusecenter.org
National Committee for the Prevention of Elder Abuse	http://www.preventelderabuse.org
Suicidio	
American Association of Suicidology	http://www.suicidology.org
Australian Institute for Suicide Research and Prevention	http://www.gu.edu.au/school/psy/aisrap
National Strategy for Suicide Prevention	http://www.mentalhealth.org/suicideprevention
Suicide Information and Education Centre/Suicide Prevention Training Programmes	http://www.siec.ca
The Suicidology Web: Suicide and Parasuicide	http://www.suicide-parasuicide.rumos.com
Violenza contro le donne	
Global Alliance Against Traffic in Women	http://www.gaarw.org
Centro internazionale di ricerca sulle donne	http://www.icrw.org
Latin American and Caribbean Women's Health Network	http://www.reddesalud.org
National Sexual Violence Resource Center	http://www.nsvrc.org
Network of East-West Women	http://www.neww.org
Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani: i diritti delle donne sono diritti umani	http://www.unhchr.ch/women/index.html
Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women	http://www.rainbo.org
Fondo delle Nazioni Unite per lo sviluppo delle donne	http://www.unifem.org
Programma di sviluppo delle Nazioni Unite: genere in sviluppo	http://www.undp.org/gender
Women Against Violence Europe	http://www.wave-network.org
Violenza giovanile	
Center for the Prevention of School Violence	http://www.cpsv.org
Center for the Study and Prevention of Violence	http://www.colorado.edu/cspv
Banca interamericana di sviluppo: prevenzione della violenza	http://www.iadb.org/sds/SOC/site_471_e.htm
National Center for Injury Prevention and Control	http://www.cdc.gov/ncipc
National Criminal Justice Reference Service	http://www.ncjrs.org/intlwww.html
Partnerships Against Violence Network	http://pavnet.org
TMR Network Project: Nature and Prevention of Bullying	http://www.gold.ac.uk/tmr
United Nations Crime and Justice Information Network	http://www.uncjin.org

Tabella 2 Altri siti Web

Organizzazione	Sito Web
Amnesty International	http://www.amnesty.org/
Campbell Collaboration's Crime and Justice Coordinating Group	http://www.aic.gov.au/campbellcj/
Centers for Disease Control and Prevention: National Center for Injury Prevention and Control	http://www.cdc.gov/ncipc
Human Rights Watch	http://www.hrw.org/
Institute for Security Studies	http://www.iss.co.za
International Action Network on Small Arms	http://www.iansa.org
International Campaign to Ban Landmines	http://www.icbl.org/
International Center for the Prevention of Crime	http://www.crime-prevention-intl.org
Organizzazione internazionale del lavoro	http://www.ilo.org
Medical Research Council of South Africa: Crime, Violence and Injury Lead Programme	http://www.mrc.ac.za/crime/crime.htm
National Library of Medicine: Entrez PubMed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
Organizzazione panamericana della sanità: prevenzione della violenza e delle lesioni	http://www.paho.org/English/hcp/hcn/vio/violence.htm http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/guidelines-eng.htm <i>(Guidelines for the epidemiological surveillance of violence and injuries in the Americas)</i>
Red Andina de Prevención de Violencia Trauma	http://www.redandina.org
Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura	http://www.trauma.org http://www.unesco.org
Programma delle Nazioni Unite per l'insediamento umano	http://www.unhabitat.org
Istituto delle Nazioni Unite per la ricerca sul disarmo	http://www.unidir.org
Istituto interregionale di ricerca delle Nazioni Unite sul crimine e la giustizia	http://www.unicri.it
Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e la prevenzione del crimine	http://www.odccp.org/crime_prevention.html
Fondo delle Nazioni Unite per le popolazioni	http://www.unfpa.org
Istituto di ricerca delle Nazioni Unite sullo sviluppo sociale	http://www.unrisd.org
Università per la pace	http://www.upeace.org
Organizzazione Mondiale della Sanità	http://www.who.int/

Ai lettori che non dispongono di accesso a Internet il Dipartimento OMS per la prevenzione delle lesioni e della violenza sarà lieto di fornire l'indirizzo postale completo delle organizzazioni elencate. Si prega di contattare il Dipartimento al seguente indirizzo:

Dipartimento per la prevenzione delle lesioni e della violenza

Organizzazione Mondiale della Sanità

20 Avenue Appia

1211 Ginevra 27

Svizzera

Tel.: +41 22 791 3480

Fax: +41 22 791 4332

Email: vip@who.int

