

La violenza come fattore di rischio in gravidanza

V. Dubini, P. Curiel

U.O. Ginecologia e Ostetricia , ASL 4 - PRATO

Argomento per molto tempo dimenticato nella formazione sia dei ginecologi che delle ostetriche, negli ultimi 10 anni la violenza sulle donne è stata universalmente riconosciuta come un problema di salute pubblica, ed ha ricevuto una sempre maggiore attenzione da parte di prestigiosi organismi internazionali, che ne hanno evidenziato la frequenza e le drammatiche conseguenze.

Un intero numero di "Midirs", organo del collegio delle Ostetriche Inglesi affiliato al RCOG, è stato dedicato nel Settembre 2002 alla "Violenza sulle donne" e al ruolo che le ostetriche possono svolgere in questo ambito.

La scelta è tutt'altro che casuale: in effetti nello stesso anno il governo inglese aveva lanciato un'accurata campagna sullo stesso argomento, coinvolgendo medici, ostetriche, ginecologi e massmedia, ed auspicando maggiore sensibilità ed attenzione su una questione di grande portata.

Tutto era nato dall'osservazione dei dati epidemiologici sulle cause di morte materna ("Why the mother die?"), dai quali emergeva come nel periodo 1994-1999 14 donne erano morte in gravidanza per cause direttamente attribuibili a violenza domestica: di queste addirittura il 40% si era rivolta almeno una volta ad una struttura sanitaria per conseguenze di episodi violenti, senza per altro che gli operatori fossero stati in grado di riconoscere la situazione "di rischio". Inoltre il fatto di avere subito episodi di maltrattamento in gravidanza, risulterebbe aumentare di tre volte il rischio di morte per violenta nell'arco della vita.

Dunque il problema è molto serio, e non appare esagerato dire che delle vite potrebbero essere salvate se solo i sanitari dedicassero maggiore attenzione a queste problematiche, o forse semplicemente se nella loro preparazione e nella loro "professionalità" fosse prevista la trattazione di questi argomenti.

"Fare finta di non vedere e tacere rappresenta una forma di collusione", ha scritto su "Birth" Sheila Kitzinger ricordando quanto importante possa essere il ruolo de-

gli operatori, e delle ostetriche in particolare, nel processo di "smascheramento" della violenza.

Violenza e gravidanza: i dati

Il primo pregiudizio da sfatare è che la gravidanza costituisca in qualche modo una protezione nei confronti dell'abuso: i dati dimostrano invece con chiarezza che la violenza non risparmia affatto questa fase della vita e anzi può cominciare o inasprirsi proprio in questo periodo.

Il fatto che la donna sia più vulnerabile, abbia minore autonomia sia emotiva che finanziaria, può essere vissuto dal partner come un'opportunità per stabilire potere e controllo sulla donna.

Non è un caso che il 30% dei maltrattamenti abbiano inizio proprio in questo periodo, che il 69% delle donne maltrattate prima della gravidanza continuino a subire maltrattamenti e che nel 13% dei casi si assista ad un intensificarsi ed aggravarsi degli episodi. Anche il puerperio rappresenta un momento di particolare rischio, in cui è possibile che ricomincino comportamenti violenti cessati in precedenza.

Secondo la WHO nel mondo almeno **una donna su quattro è stata vittima di una forma di violenza in gravidanza**: si calcola che *ogni ora, una donna in gravidanza venga abusata*.

La violenza interpersonale risulta essere la 10^a causa di morte per le donne comprese tra 15 e 44 anni (1998), e **la seconda causa di morte materna**.

Negli USA, dove già da tempo esiste un'attenta sorveglianza su questo fenomeno fonti governative rivelano che sono circa 1.500.000 le donne, di cui 334.000 in gravidanza, che subiscono violenza ogni anno: nella stragrande maggioranza dei casi (oltre il 90%) in corso di gravidanza l'autore è il partner o l'ex partner.

Di tutte le **morti materne**, si stima che il **20%** sia riconducibile ad episodi violenti, e, nelle teen-ager il rischio di morte in gravidanza si presenta addirittura raddoppiato.

Una metaanalisi di 14 studi, che riflettono la realtà di diversi paesi del mondo, riporta una incidenza di violenza in gravidanza variabile tra 0.9% e 20.1%: contrariamente a quanto potremmo aspettarci i dati che riceviamo dai paesi industrializzati non differiscono molto da quelli dei paesi non industrializzati, forse per il fatto univocamente riconosciuto che la violenza sulle donne è presente in forma endemica in tutti i paesi del mondo e coinvolge trasversalmente tutti gli strati sociali.

In effetti viene riportata un'incidenza del 2-5% negli UK, 5.5-6.6% in Canada, 2.1-6.3% U(1) in USA, 4-9% in Australia, 11% in Svezia, 6-8% in Sud Africa, 13% in Nicaragua, 10.4% in Cina, 16% in Brasile.

Risveglio Ostetrico

In Italia esistono pochi dati sulla violenza in generale, e praticamente niente su violenza e gravidanza: la principale fonte ufficiale di informazioni di cui disponiamo è rappresentata dall'ISTAT, che riporta essenzialmente informazioni circa le denunce sperte per violenza sessuale, senza nessun riferimento al problema specifico di violenza e gravidanza.

Possiamo comunque utilizzare come indice relativo di patologia intrafamiliare il fatto che il perpetratore della violenza appartiene all'ambiente familiare nel 79.3% dei casi; anche se poi, in una sorta di protezione dell'ambiente più vicino alla vittima, sono solo il 4% i conoscenti che vengono realmente denunciati, contro il 15.5% degli estranei. Si capisce dunque come il fenomeno del maltrattamento familiare costituisca un terreno difficile da conoscere e da indagare, e come questi dati servano solo a dare un'idea del tutto indiretta della presenza di violenza in famiglia.

Uno studio limitato, ma interessante perché incentra l'attenzione proprio sul capitolo gravidanza, riguarda 300 donne intervistate in alcuni consultori fiorentini nell'anno 2000: il 30% di queste utenti riferiva episodi di maltrattamento nel corso della vita e il 22% nel corso della gravidanza.

Pare quindi che anche la realtà italiana sia tutt'altro che esente dal problema, anche se mancano completamente dati di prevalenza sul fenomeno e molto può e deve essere fatto per migliorare le nostre conoscenze.

Conseguenze sulla salute della madre e del feto

La violenza in gravidanza assume un particolare rilievo in quanto le persone offese sono due: la gestante ed il feto.

Tra l'altro è noto che esiste una relazione tra violenza in gravidanza e rischio di abuso sui figli: il partner che abusa della madre ha probabilità di avere un comportamento violento con i figli in una percentuale che oscilla tra il 40% ed il 60%.

La violenza esercita i suoi effetti negativi sulla gravidanza in maniera diretta o indiretta.

Sulla *madre* il rischio maggiore è ovviamente rappresentato dalla morte, che, come abbiamo visto, rappresenta un'evenienza da non sottovalutare: l'aver subito un abuso in gravidanza rappresenta comunque un marker estremamente sensibile anche per il futuro: il rischio di morte violenta aumenta infatti di 3 volte rispetto alla popolazione generale, e deve per tanto essere seriamente preso in considerazione.

Ci sono poi tutti gli effetti dei traumi provocati, che si presentano con una frequenza minore solo a quella dei traumi stradali, e che comportano un tasso di ospedalizzazione doppio rispetto alle altre donne in gravidanza, sebbene solo il 23% delle donne battute si rivolgono al Pronto Soccorso per medicazioni.

Iperemesi gravidica, algie pelviche e infezioni del tratto urinario sono condizioni di patologia materna, che si associano frequentemente all'abuso: talora comunque il ricovero si rende necessario anche in presenza di patologie più sfumate e scarsamente definibili, e può risultare evidente la volontà di rimanere più a lungo possibile in ospedale rimandando la dimissione.

La violenza può associarsi a MST incluso l'HIV, ad esacerbazione di malattie croniche quali il diabete e l'ipertensione a causa dello stress legato al trauma, a depressione ed altra patologia della salute mentale, tra l'altro con difficoltà ad abbandonare l'uso di farmaci talora controindicati in gravidanza.

Per quanto riguarda gli effetti sul feto, ricordiamo innanzitutto che in questa popolazione sono più frequenti gravidanze indesiderate o misconosciute e ritardo nelle cure prenatali: si calcola che una buona percentuale di donne abusate arrivi alla prima visita nel 2-3° trimestre, ed è comunque riscontro comune che alcuni controlli non vengano effettuati o che alcuni appuntamenti vengano "*dimenticati*". Gli aborti volontari hanno maggiore incidenza in donne sottoposte a violenza.

Comportamenti a rischio come fumo abituale (32% vs 16%), uso di alcolici (22% vs 16%) e assunzione di farmaci psicotropi o droga (RR 3.6) si associano con maggiore frequenza alla gravidanza violenta, così come può essere presente un'associazione con epilessia (5.6% vs 1.3%), asma (22.5% vs 12%) e ridotto incremento ponderale.

Molti studi riportano un'aumentata incidenza di minaccia di aborto e di aborto, in particolare poliabortività, con numero di eventi negativi proporzionale alla gravità dell'abuso.

Rottura d'utero, distacco di placenta, parto pretermine, morte fetale, corionamniotite e preeclampsia sono altre patologie che negli studi risultano variamente associate alla violenza domestica.

Il problema degli studi che si occupano delle conseguenze della violenza sulla gravidanza è rappresentato dal fatto che le modalità di indagine, i campioni analizzati e i parametri considerati, sono spesso diversi: si ottengono così risultati contraddittori e non sufficienti a raggiungere evidenza statistica. L'unico dato concordemente significativo da un punto di vista statistico è l'esistenza di una associazione tra violenza in gravidanza e basso peso alla nascita, che si mantiene anche quando i dati vengono corretti eliminando possibili bias come uso di alcool, droga o ridotto aumento ponderale materno (OR 1.4).

Il meccanismo attraverso cui la violenza agisce in tutte queste condizioni non è ben chiaro, ma probabilmente esiste un effetto **diretto** del trauma addominale, con conseguente rilascio di prostaglandine e attivazione dell'attività contrattile, ed uno

indiretto mediato dallo stress con rilascio di catecolamine, vasocostrizione ed ipossia fetale.

Altri fattori come il fumo, l'alcool, l'uso di droghe, la ridotta o tardiva cura prenatale, l'uso di psicofarmaci, possono intersecarsi variamente tra loro e costituire parte integrante dei rischi dell'abuso, contribuendo negativamente al risultato finale.

Il ruolo dei sanitari

Abbiamo visto che la violenza contro la donna rappresenta un problema reale, frequente e drammatico. Anche se le casistiche non indicano sempre un danno certo, sistematico e quantificabile della violenza sulla gestante e sul feto, non c'è dubbio alcuno che una "gravidenza violenta" debba essere considerata una "gravidenza a rischio".

La violenza in gravidanza è più frequente di molte patologie quali diabete gestazionale, preeclampsia, difetti del tubo neurale e placenta previa, per le quali ciascuno di noi non avrebbe dubbi circa l'esecuzione di uno screening: non si può dunque pensare che anche in questo caso, i sanitari non debbano farsi carico del problema, attivando tutti gli strumenti possibili per l'individuazione del rischio.

L'ostetrica è certo il ruolo professionale che instaura il rapporto più intimo con la donna nel corso della gravidanza, del travaglio, ma anche in altre occasioni della sua vita; è quella che fa da tramite tra il tecnicismo medico, talvolta un po' distaccato, e le aspettative della donna; è infine quella che accoglie i momenti di sconforto e di difficoltà della donna in molte condizioni che riguardano la sua vita riproduttiva, perché dunque non dovrebbe farlo anche in questa specifica situazione?

Per avere un'idea della dimensione del fenomeno, basta pensare che se si assume che in media l'8% delle gravidanze possa essere gravato da questo fattore di rischio, in una maternità di 2500 parti, come quella nella quale noi lavoriamo, ogni anno circa 200 donne potrebbero passarci davanti con questi problemi, senza che nessuno se ne renda conto.

Non si può negare che, per una serie di motivi, tutti noi sanitari abbiamo "rimosso" questo spinoso argomento per scarsa preparazione, carenza di conoscenze, paura di scoperciare "un vaso di Pandora" al quale non si è poi in grado di dare delle risposte concrete.

L'idea che la violenza domestica sia una faccenda privata nella quale è opportuno non intromettersi, ha finito per dare una copertura ed una giustificazione ad un'evidente carenza della nostra formazione e della nostra professionalità.

L'indagine sui maltrattamenti intrafamiliari rappresenta un terreno estremamente scivoloso, che richiede competenze, tempo, capacità di cogliere segnali che potrebbero far comparire il sospetto.

La gravidanza, paradossalmente, costituisce una grandissima opportunità per svelare una situazione di maltrattamento: la maggior parte delle donne seguono un programma di controlli prenatali ed hanno quindi ripetute occasioni di entrare contatto con il Servizio Sanitario e con operatori con i quali si crea facilmente un rapporto di confidenza e di fiducia; inoltre il timore delle possibili conseguenze per il suo bambino spinge la donna ad aprirsi con maggior facilità.

Uno studio di Norton e coll. ha mostrato come una singola domanda riguardo l'esistenza o meno di situazioni violente in famiglia porta ad individuare una percentuale di donne abusate del 1%: **il ripetere la domanda due o più volte, fa salire questa percentuale al 10%.**

Si capisce dunque quanto sia importante essere consapevoli di quali responsabilità abbiamo, e quanto possa essere liberatorio offrire l'opportunità di aprire quella finestra che probabilmente da molto tempo la donna battuta avrebbe voluto aprire.

Esistono dei segnali che possono essere colti, una volta acquisita l'abitudine a prendere in considerazione anche questo problema: ad esempio iniziare tardivamente le cure antenatali, mancare senza motivo alcuni appuntamenti, manifestare eccessiva ansietà nei confronti del decorso e dell'esito della gravidanza, apparire insicura o infelice e depressa; anche nel partner possono essere osservati dei comportamenti abbastanza caratteristici ed indicativi come eccessiva sollecitudine, tendenza a non lasciare mai da sola la donna e a rispondere al posto suo, magari correggendo le risposte. Non aspettiamoci invece un personaggio con caratteristiche necessariamente legate all'emarginazione: i dati delle case di accoglienza delle donne maltrattate mostrano come oltre il 60% dei partner violenti siano "inospettabili", e solo una minoranza presenti problemi di alcool (9%), droga (8%), o precedenti penali (9%).

È anche possibile rilevare lividi o ferite, solitamente in vario stato di guarigione.

Una storia di aborti ripetuti, parti pretermine, bambini con basso peso alla nascita, distacco di placenta, infezioni urinarie ricorrenti, sanguinamenti, o anche sintomi sfumati, segni comunque di una qualche forma indefinita di disagio, possono far pensare all'eventualità di una condizione di "gravidanza violenta".

Ma anche in assenza di questi sintomi, sarebbe probabilmente necessario indagare su questo argomento analogamente a come facciamo per altri argomenti altrettanto spinosi (uso di alcool, uso di droga, ecc.): ACOG, RCOG e RCM, la Società Canadese e quella Australiana di Ostetricia e Ginecologia, hanno dato indicazione mandataria che uno screening su maltrattamenti e violenza venga effettuato routinariamente su ogni gestante. Devono far riflettere i dati di un'indagine condotta nei Paesi Scandinavi sulla violenza domestica che evidenziava come soltanto il 2% delle

Risveglio Ostetrico

donne abusate aveva parlato del proprio problema con un ginecologo: questo significa che se la domanda non viene posta direttamente è molto difficile che le donne si aprano spontaneamente, e che comunque la capacità di squarciare il muro di gomma, rappresentato dalla violenza domestica, è ancora lontana dall'essere ottimale. La questione è comunque tutt'altro che semplice: nell'Agosto 2002 il BMJ ha pubblicato una metanalisi di Ramsey e coll. su 2520 articoli, che arrivava alla conclusione che non c'è evidenza circa l'utilità di effettuare uno screening, quando si prenda come obiettivo il miglioramento delle condizioni delle donne maltrattate. Lo stesso articolo riportava però come l'uso dello screening aumentava di 7 volte la probabilità di individuare una donna vittima di violenza (parametro non contenuto in tutti gli studi considerati), affinava complessivamente le capacità degli operatori, ed era ben accetto dal 78% delle donne, e dal 68% delle donne abusate. Si tratta di un intervento a basso costo ed in grado di ridurre i non trascurabili costi di ogni donna battuta (92% in più rispetto ai costi annui delle altre donne in gravidanza).

Non si può sottacere il fatto che dallo stesso studio risultava che il 2/3 dei medici e 1/2 degli infermieri non era d'accordo sull'esecuzione del test.

Riguardo a questo argomento anche in Italia la situazione non sembra certamente più facile: uno studio commissionato nel 1996 dal comune di Bologna rilevava che il 60% dei medici di base e il 37% dei medici di Pronto Soccorso dichiarava di non avere mai incontrato problematiche di violenza, che il 32% degli stessi attribuiva la violenza al "masochismo femminile" e il 57% a problemi psicologici delle donne.

Non c'è dubbio quindi che su questo terreno c'è tutto un lavoro da iniziare in termini culturali, di formazione, di confronto tra operatori, di costruzione di percorsi individualizzati per ogni singola realtà e di collegamento con quanto esiste sul territorio.

Perché i sanitari siano sensibilizzati al problema e ben preparati alla gestione dei casi, dovranno essere innanzi tutto i corsi di laurea e le scuole di specializzazione a farsi carico di un percorso formativo specifico, ricordando che questo è un campo nel quale non ci si può limitare alla semplice conoscenza del fenomeno, ma devono essere sviscerate tutte le complesse problematiche che questo tema suscita, compresa la messa in discussione di pregiudizi e di stereotipi, e talvolta persino di pezzi della propria storia.

Le istituzioni a loro volta, dovranno impegnarsi per la creazione e il sostegno di centri anti violenza con personale valorizzato, motivato e sostenuto, e di una consistente rete territoriale

Quello che è essenziale nell'approccio alla donna con dichiarata o sospetta violenza, è un atteggiamento *non giudicante*, ricordando che a noi spetta raccogliere il

racconto e non deciderne la veridicità, il rispetto della *confidenzialità*, cercare di parlare con la donna *da sola* nel corso del controllo, avendo a disposizione un interprete che non sia il partner in caso di donne immigrate, non pretendere mai di *forzare* decisioni che devono essere maturate nel tempo come la denuncia all'autorità giudiziaria o l'allontanamento dal partner violento; fornire invece informazioni circa le possibilità che il territorio offre per uscire dalla situazione di abuso, ricordando che parlarne di fronte al partner può esporre la donna ad un grosso rischio.

Può essere utile inoltre mettere in evidenza poster e materiale pubblicitario, con numeri telefonici dei servizi di accoglienza, negli ambulatori, negli ospedali, nelle toilette, dove la donna può con calma scriversi il numero telefonico senza rischiare di essere scoperta dal partner abusante.

È certamente un messaggio positivo inserire nel materiale predisposto per le informazioni anamnestiche antenatali, una domanda sull'eventuale presenza di una qualche forma di violenza, come lo è per altri fattori di rischio: anche se la donna negherà, saprà però che noi stiamo prendendo in considerazione il suo problema e ne riconosciamo la possibilità.

È utile in ogni caso che vengano elaborate delle linee guida che tengano conto della realtà locale nella quale ci si trova ad operare.

Le cose che *non devono essere* fatte sono invece mettere in pericolo la donna parlando della violenza di fronte al partner, mostrare incredulità o meraviglia, minimizzare, dire come ci comporteremmo noi al posto suo, essere insistenti se non vuole parlare, documentare eventuali lesioni o reperti in assenza del suo consenso.

Premessa indispensabile per tutto questo è anche uno stretto costante rapporto di collaborazione con gli altri servizi, con le e strutture territoriali e con l'Autorità giudiziaria, che è spesso tutto da costruire.

Ricordiamo infatti che mentre in caso di violenza sessuale la denuncia può essere fatta solo se la donna lo decide, in caso di maltrattamento con lesioni superiori a 40 giorni la denuncia scatta d'ufficio: questo aspetto deve essere valutato attentamente ogni volta che stiliamo un referto, cercando di comprendere più possibile quella che è la richiesta della donna che abbiamo davanti.

Come operatori dobbiamo capire che abbiamo una tremenda responsabilità perché possiamo essere i primi a cogliere segnali di aiuto, mentre un approccio non corretto può contribuire a peggiorare la situazione psicologica della donna violentata, allontanandola dalle istituzioni e quindi dalla possibilità di individuare una strada per uscire dall'inferno dell'abuso.

Negli ultimi anni l'AOGOI si è impegnato a diffondere una cultura su questi tematiche, perseguendo tenacemente l'obiettivo, ancora lontano, di farle diventare parte

Risveglio Ostetrico

integrante delle nostre conoscenze. Si è promossa la creazione di un gruppo di studio e di lavoro sul problema, che ha stilato cartelle per la raccolta dati, protocolli di intervento e ha curato una serie di corsi di formazione in vari ospedali italiani. È possibile trovare tutte le informazioni relative all'attività di questo gruppo su www.AOGOI.it, cliccando su "violenza sulle donne".

Questo gruppo potrebbe costituire un primo riferimento per arrivare ad una proposta di linee guida applicabili nel nostro Paese, da seguire in gravidanza riguardo all'individuazione della violenza domestica.

Conoscere i problemi, decodificare la richiesta, superare i pregiudizi personali, saper ascoltare e rassicurare le pazienti, costituiscono la condizione di base per una prima accoglienza di queste donne: medici dei Pronto Soccorsi, medici di base, ginecologi, pediatri, ostetriche, infermieri, tutti devono imparare a svolgere il loro ruolo responsabile e cosciente in questo delicato ambito, ma non v'è dubbio alcuno che è nella società prima di tutto che permangono e si alimentano i pregiudizi sulla differenza di genere e la cultura del predominio e della prevaricazione. Sono proprio le attitudini sociali e non solo le leggi ed i provvedimenti di aiuto alle vittime che devono cambiare. Come è stato detto, *solo quando la donna potrà assumere realmente nella società un ruolo paritario, la violenza non sarà più una norma in qualche modo tollerata, ma soltanto una aberrazione inaccettabile.*

Per saperne di più...

WWW.ACOG.COM

WWW.ACEP.COM

WWW.CEMD.ORG.UK

WWW.RCOG.ORG.COM

WWW.MIDIRS.COM

WWW.AOGOI.IT

WWW.AUSTDVCLEARINGHOUSE.UNSW.EDU.AU

Bibliografia

1. Ramsey J. et al. "Should Health Professionals Screen Women for Domestic Violence? Systematic Review". *BMJ* 2002; 325: 314-326.
2. Heise L. et al. "Ending violence against women". *Population Report, Series L, No. 11 - December 1999.*
3. UNFPA "State of the World Population - 2000".

4. Kurram N. et al. "Violence Against Pregnant Women in Developing Countries. Review of violence". *Europ J of Publ Health* 2003; 13, 2: 105-107.
5. Beck L. et al. "PRAMS, 1999". *Surveillance Summaries* 2002; 51, SS-2: 1-27.
6. Gazmararian J.A. et al. "Violence and reproductive Health: current Knowledge and Future Research Directions" *Matern Child health j* 2000; 4, 2: 79-84.
7. Kerstin E. et al. "Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked". *Midwifery* 2002; 18: 268-278.
8. Talamanca IF et al. "La violenza contro le donne" in: Geddes M. "La salute in Italia", rapporto 1999. pp. 113-129. Ediesse, 1999.
9. McGrath ME. et al. "A prevalent survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients". *Obstet Gynecol*, 1998; 91: 511-514.
10. ISTAT "Indagine sulla sicurezza dei cittadini '97-'98".
11. ISTAT (1999), *Statistiche giudiziarie penali*, anno 1997, *Annuari*, 6.
12. OMS "Aide-Mémoire" n. 241, 2000.
13. Romito P. "I servizi socio-assistenziali e Sanitari e la violenza contro le donne" Rapporto di ricerca. 1998; Comune di Trieste, ASL 1, Regione Friuli-Venezia Giulia.
14. McKenna D. et al. "Domestic Violence in late pregnancy and splenic injury: delayed presentation". *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 95-96.
15. Lee R. et al. "Intimate partner violence and women of color: a call for innovations" *Am j of Publ Health* 2002; 92, 4: 530-534. *Preventing Femicide: Prev Med* 2001; 33: 373-380.
16. Saunders E. et al. "Screening for Domestic Violence during Pregnancy" *Int j Trauma Nurs* 2000; 6: 44-7.
17. Janssen P. et al. "Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study". *Am j Obstet Gynecol* 2003; 188, 5: 1341-47.
18. Johnson J.K. et al. "The prevalence of domestic violence in pregnant women" *BJOG* 2003; 110: 272-275.
19. RCOG "Why mothers die 1997-99". *Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the UK*. London: RCOG Press. 2001.
20. Amaro H. et al. "Violence during pregnancy and substance abuse" *Am j Public Health* 1990; 80: 575-9.
21. McFarlane J. et al. "Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992; 267: 3176-8.
22. Berenson B. et al. "Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women". *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170, 6: 1760-1769.
23. Campbell J. "Health consequences of intimate partner violence". *Lancet* 2002; 359: 1331-36.

Risveglio Ostetrico

24. Valladares E. et al. "Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua" *Obst Gynecol* 2002, 100, 4: 700-705.
25. Royal college of Midwives. "Domestic abuse in pregnancy" London: RCM, 1999.
26. Kitzinger S. "Silence is collusion" *Birth* 2002; 29, 3: 207-209.
27. Barclay I. et al. "Gynecologist could help identify sexual, physical and emotional abuse" *Lancet* 2003; 361: 2107-2113.
28. Norton LB. et al. "Battering in pregnancy: an assesment of two screening methods". *Obstet Gynecol* 1995; 85: 321-325.
29. Vignini S., Scimone G.: "Violenza domestica a Firenze". Tesi di laurea Università di Firenze, 2000.