

Stalking nei confronti di operatori di contesti socio-sanitari: risultati preliminari di una ricerca nella Regione Puglia

Stalking of social healthcare workers: preliminary results of a study conducted by the region of Apulia, Italy

IGNAZIO GRATTAGLIANO¹, ANNARITA AMORUSO², GIUSEPPE SCANDAMARRO²,
GRAZIA PIERRI², ADRIANA PASTORE², FRANCESCO MARGARI²

E-mail: ignazio.grattagliano@uniba.it

¹Sezione di Criminologia, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università di Bari

²Dipartimento di Neuroscienze ed Organi di Senso, Sezione di Psichiatria, DSNP, Università di Bari

RIASSUNTO. Scopo. Il lavoro si propone di ottenere una rappresentazione del grado di informazione/formazione circa l'identificazione di eventi assimilabili a una manifestazione di stalking, nonché la frequenza con cui questi avvengono, nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria nazionale sia di strutture pubbliche sia del privato sociale. **Materiali e metodi.** I dati socio-demografici sia delle vittime sia degli autori delle presunte molestie, insieme alle circostanze degli accaduti e le reazioni emotive descritte dalle vittime, sono stati raccolte tramite la somministrazione di un questionario a risposta multipla, composto da 20 domande, a un campione di 101 soggetti, tutti professionisti dell'area socio-sanitaria (medici, psicologi, infermieri, operatori socio-sanitari). **Risultati.** Nel nostro campione i soggetti che hanno segnalato molestie assimilabili al reato di stalking sono rappresentati da n=30 soggetti su n=101 del campione totale (29,7%). Il sesso femminile risulta maggiormente rappresentato con F=22/30 (73,3%) rispetto a quello maschile M=8/30 (26,7%). Il 30,14% delle operatrici donne (n. 22/73) e il 28,57% degli operatori maschi (n. 8/28) dichiarano di aver subito una qualche forma di molestia. **Discussione.** I dati rinvenuti dalla nostra indagine segnalano una scarsa attenzione al fenomeno, una limitata fiducia nelle istituzioni da parte delle vittime, il persistere di una cultura arretrata anche nei servizi socio-sanitari sulla natura dello stalking e sulle strategie di prevenzione e di contrasto delle molestie, poiché solo una minima parte di essi, il 16,1%, denuncia l'accaduto o si rivolge a centri anti-violenza. **Conclusione.** La nostra ricerca mette in luce una realtà assistenziale nel campo socio-sanitario di scarsa informazione relativa al fenomeno stalking e alle sue ripercussioni psicologiche sull'operatore che lo subisce. Si rende ancora più necessaria l'attivazione di campagne di sensibilizzazione che informino i professionisti del settore socio-sanitario, pubblico e privato, sulle caratteristiche del fenomeno e sulle modalità più adeguate per evitare i rischi e fronteggiarlo.

PAROLE CHIAVE: molestie assillanti, vittimizzazione, rischio, operatori socio-sanitari, stalking.

SUMMARY. Aim. This study has the aim to represent the degree of information/training about the identification of possible stalking acts and their frequency, within the context of public and private National Healthcare and Social Assistance. **Materials and methods.** Socio-demographic data both of victims and possible stalkers, circumstances of events and the emotional responses of victims are gathered up by a multiple choice questionnaire, made by 20 questions, given to a sample of 101 subjects, which are practitioners within Healthcare and Social Assistance area (doctors, psychologists, nurses, social-health operators) both of public and private health facilities. **Results.** Considering our sample, subjects which point out harassments linked to stalking are 30/101 (29.7%). Female sex is mainly represented F=22/30 (73, 3%) compared to male sex M=8/30 (26, 7%). 30, 14% of female health operators (nr 22/73) and 28, 57% of male health operators (nr 8/28) affirm that they are victims of harassments. **Discussion.** The results indicate a lack of attention towards the stalking phenomenon, a limited trust of victims to the institutions, but also the persistence of a backward culture, within social and health services, about stalking, preventatives strategies of it and counter-actions of the harassment. Only a small part of them, 16.1%, reports what is happened or turn to anti-violence centres. **Conclusion.** The study highlights that information about stalking and its psychological consequences on victims/operators are insufficient in social and health area. It is necessary the start up of awareness campaigns, which gives information to practitioners of public and private Healthcare and Social Assistance area about characteristics of stalking and the way by which avoid its risks and prevent it.

KEY WORDS: persistent harassment, stalking victim, risk factors for stalking, social healthcare workers, stalking.

INTRODUZIONE

L'entità dei comportamenti di stalking è varia e si distinguono diverse categorie: a) seguire (include frequentare luoghi di lavoro e casa, mantenere sotto sorveglianza e costruire delle coincidenze); b) comunicare (per telefono, lettere, biglietti, graffiti, regali, e-mail e internet); c) ordinare beni e servizi da parte della vittima; d) aggredire o esercitare violenza (minacce, molestie dirette alla vittima o a persone vicine alla stessa, danneggiamento di beni materiali, false accuse, violenze fisiche o sessuali)¹. Ciò che connota in senso persecutorio tali comportamenti è il carattere minaccioso e molesto di tali condotte che risultano reiterate nel tempo e ingenerano a carico della vittima i seguenti possibili effetti: 1) un perdurante e grave stato di ansia e paura; 2) un fondato timore per l'incolumità propria o di persona al medesimo legata da relazione affettiva; 3) l'alterazione delle scelte e abitudini di vita da parte della vittima.

La configurazione dello stalking come reato è relativamente recente e fa riferimento al decreto legge 23 febbraio 2009 n. 11 di seguito convertito nella legge 23 aprile 2009 n. 38 recante misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori. Lo stalking, inoltre, è disciplinato in base all'art. 612-bis del codice penale. Rispetto alla diffusione del fenomeno, i dati presenti in letteratura sono piuttosto stabili rispetto al genere dello stalker (solitamente maschile in più del 90% dei casi) e più eterogenei risultano i dati sulla prevalenza del fenomeno. Gli studi epidemiologici degli anni '90 hanno smentito le assunzioni condivise precedentemente in ambito scientifico secondo cui lo stalking veniva paragonato all'erotomania e trattato come una condizione psicotica cronica, documentando invece la notevole diffusione del fenomeno nella popolazione generale²⁻⁶. Le indagini di prevalenza condotte nei paesi di lingua inglese individuano percentuali di vittimizzazione, durante l'arco della vita, che vanno per gli uomini dal 2 al 13% e per le donne dall'8 al 32%^{7,8}. I dati europei mostrano percentuali di prevalenza dal 2 al 32% per le donne e dal 4 al 17% per gli uomini^{9,10}. Rispetto ai dati di prevalenza lifetime, studi anglosassoni e tedeschi hanno individuato percentuali dal 4 al 7% nei maschi, rispetto alla probabilità di essere vittima di stalking almeno una volta nella vita, e dal 12 al 17% nelle donne¹¹. Del Ben e Fremouw¹² hanno intervistato 108 studentesse di college che erano state vittime di stalking e hanno analizzato le loro risposte, individuando 4 cluster nella tipologia degli stalker: 1) gli *innocui*: sembravano riflettere un pattern di comportamento casuale e meno geloso; 2) *basca minaccia*: dove era meno probabile che diventasse fisicamente violento o minaccioso o che fosse coinvolto in comportamenti illegali; 3) *criminale violento*: era più probabile che minacciasse di adottare comportamenti violenti e illegali; 4) *alta minaccia*: caratterizzato da uno stile relazionale più grave. Alcuni autori si sono soffermati sulle caratteristiche psicopatologiche prevalenti^{13,14}. Mullen et al.¹⁵ hanno sviluppato un sistema di classificazione multi-assiale in cui il primo asse dipende primariamente dalla motivazione dello stalker, il secondo dalla precedente relazione con la vittima e il terzo distingue tra soggetti psicotici e non. Sulla base di questi tre assi vengono classificati gli stalker in 5 gruppi: ricercatori di intimità, rifiutati, incompetenti, risentiti e predatori.

Meloy et al.¹⁶, sottolineando la centralità delle condotte di inseguimento e dei pensieri ossessivi che contraddistinguono

questi individui, hanno proposto la definizione di *obsessional followers* (inseguitori ossessivi) sostenendo che questo termine sia il più adatto a una descrizione scientifica del fenomeno in quanto eviterebbe il sensazionalismo che aleggia intorno al fenomeno dello stalking a causa dei media, perché i pattern comportamentali che si traducono nel pedinare e aggirarsi intorno alla vittima sarebbero i comportamenti vietati più comuni commessi dai molestatori e, in ultima analisi, perché farebbe emergere quella che sembra essere una componente cognitiva e motivazionale dello stalking, cioè le ossessioni. Alle volte le fantasie di questi soggetti vengono manifestate in un modo così appassionato e convincente da apparire reale persino agli organi giudiziari che a volte conferiscono più attendibilità allo stalker che alla sua vittima. Molti persecutori pur avendo convinzioni irrazionali, mantengono una certa aderenza alla realtà: un persecutore potrà anche esser convinto che prima o poi riuscirà a instaurare un rapporto con l'oggetto dei suoi desideri, anche in assenza di una relazione nell'immediato. Rispetto alla diffusione della psicopatologia nell'ambito dei casi di stalking alcuni studi hanno individuato percentuali intorno al 40% e il 50% di stalker sofferenti di qualche forma di disturbo mentale^{14,17-20}. Non esistono categorie diagnostiche per lo stalking in sé, piuttosto la distinzione è tra stalker psicotici (disturbo asse I) e quelli con un grave disturbo di personalità o disturbo asse II¹⁷. Stalker psicotici rappresentano una minoranza dei casi di molestie assillanti e sono prevalenti quando la vittima di stalking è sconosciuta. Molto spesso le condotte di stalking sfociano in episodi anche gravi di violenza fisica e/o sessuale sulla vittima. Altri ambiti² in cui si manifestano frequentemente situazioni di stalking sono: 1) quello professionale (in particolare sono colpiti certi tipi di professione: docente, avvocato, giudice, chirurgo estetico, le helping profession); tra le ipotesi considerate: l'imaturità degli interlocutori, la frustrazione sull'esito delle azioni intraprese; 2) situazioni che coinvolgono i vicini di casa; 3) coloro che si frappongono tra lo stalker e la vittima e che diventano vittime secondarie perché percepite dallo stalker come un ostacolo: infatti accade spesso che partner, amici e familiari diventino oggetto di molestie da parte dello stalker. In base ai dati epidemiologici italiani forniti dall'Organizzazione Nazionale sullo Stalking in collaborazione con il sindacato di Polizia CoIPS, le dinamiche dello stalking sono agite nel 55% circa nelle relazioni di coppia; nel 25% circa nei condomini; nel 15% sul posto di lavoro; nel 5% in famiglia tra figli, fratelli e genitori. Abbiamo focalizzato il nostro lavoro di ricerca su un ambito specifico, quello delle helping profession perché un elemento degno di rilevanza criminologica e criminogenetica è quello secondo cui la categoria vittimologica ad alto tasso di rischio di stalking risulta essere proprio la categoria alla quale appartengono tutte le professioni in cui gli operatori si adoperano per aiutare gli altri, fra cui: medici, psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali. Uno studio di Curci et al.²¹ evidenzia che su 108 psichiatri, psicologi e specializzandi, il 20% ha subito almeno una campagna di stalking per più di un mese e con più di 10 episodi singoli di intrusione. Secondo gli autori succitati, l'incidenza di stalking nei confronti delle help profession si può attribuire a una serie di motivazioni, tra cui:

- il professionista può diventare, nella mente del cliente, una persona "buona" o "cattiva", e sulla base di tali fantasie egli può dare origine a dei comportamenti "assillanti e molesti" nei confronti dello stesso, allo scopo di attirare l'attenzione e non separarsi mai da lui;

Stalking nei confronti di operatori di contesti socio-sanitari: risultati preliminari di una ricerca nella Regione Puglia

- il professionista di area sociale e/o psicologica/psichiatrica entra in contatto con i bisogni più profondi del cliente, pertanto, può divenire più facilmente oggetto di proiezioni, affetti e fantasie a diverso contenuto da parte dello stesso, tanto che la riconoscenza si può trasformare progressivamente nel desiderio di un legame affettivo/amicale del quale non si può fare a meno.

In riferimento all'ambito psicologico, i pazienti che molestano i loro terapeuti sono portati a scambiare come personale un interesse esclusivamente professionale, pertanto, sperimentando la frustrazione che deriva da questa aspettativa, iniziano ad attuare comportamenti intrusivi per stabilire un contatto. In queste situazioni, i limiti imposti dalla relazione professionale vengono superati. Il paziente inizia a telefonare insistentemente, invia lettere, si presenta a studio senza appuntamento, ritenendo di non sentirsi compreso o di essere stato trattato male. Infine, una concausa di elevata consistenza può essere anche riferibile a errori, mancanze, limiti, da parte degli operatori delle helping profession, nello stabilire e creare un corretto setting con i pazienti. Conseguentemente, può accadere che in assenza di un comportamento ispirato a chiare regole professionali (eccessiva confidenza, intimità con i pazienti e loro parenti, assenza di chiari confini nella relazione professionale, richieste di scambi relazionali e affettivi ai pazienti), si creino delle distorsioni comunicative, dei veri e propri malintesi, che possono costituire "l'innesco, l'avvio" dell'azione di stalking.

MATERIALI E METODI

Lo studio si è svolto in strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Puglia, sia pubbliche sia del privato-sociale. In particolare, sono stati intervistati gli operatori delle UO di Psichiatria e di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico di Bari, e gli operatori di strutture del privato sociale, in convenzione con il Servizio Pubblico, che raccolgono un'utenza adulta di persone con disagio psico-sociale, disabilità fisiche, vittime di violenza di qualsiasi genere o che soffrono di dipendenze patologiche. A tutti è stato distribuito un questionario a risposta multipla composto da 20 domande, da compilare autonomamente e in modo anonimo.

Nella parte iniziale del questionario veniva collocata una domanda "a cancello" che chiedeva se il soggetto fosse stato vittima di atti vissuti come "persecutori" nella propria vita professionale e personale. Se il soggetto rispondeva negativamente, la compilazione del questionario terminava. Se invece rispondeva positivamente si proseguiva con le risposte alle successive domande, volte ad approfondire le seguenti tematiche:

- dati anagrafici della vittima e del molestatore;
- tipologia di molestie e violenza messa in atto;
- durata delle molestie;
- sensazioni provate dalla vittima;
- tipo di reazione immediata;
- eventuali disturbi psicologici derivanti dall'evento;
- strategie difensive messe in atto.

RISULTATI

Il campione è costituito da 101 soggetti che hanno risposto al questionario, di cui 73 donne e 28 uomini. Il campione risulta costituito da 37/101 operatori di strutture pubbliche e 64/101

operatori del privato sociale, tra medici, psicologi, infermieri, educatori, operatori socio-sanitari e personale amministrativo.

Dal nostro studio è emerso che 30/101 (29,7%) soggetti hanno segnalato molestie. Il genere femminile risulta maggiormente rappresentato con F=22/30 (73,3%) rispetto a quello maschile M=8/30 (26,7%). Il 30,14 % delle operatrici donne (n. 22/73) e il 28,57% degli operatori maschi (n. 8/28) dichiarano di aver subito una qualche forma di molestia.

Dati socio-demografici

I principali dati demografici delle presunte vittime e degli autori di comportamenti assimilabili a stalking sono indicati nella Tabella 1.

Tipo di molestie

Nel 93,1% dei casi, le vittime riferiscono di presunte molestie di tipo psicologico, così suddivise: la presenza di almeno una telefonata, lettera, sms o e-mail avvertite come sconvolgenti perché contenevano frange proposte o contenuti alludenti alle tematiche sessuali (36,5%); la presenza di almeno un evento che abbia indotto la vittima a pensare a un "controllo" sulla sua persona, quale un pedinamento (17,3%), la violazione del domicilio privato o comparizioni inaspettate sul posto di lavoro (11,5%); vere e proprie minacce dirette verso la vittima o verso le persone a essa vicine, tra cui anche le forze dell'ordine coinvolte (36%) (Figura 1).

In 2/30 casi (6,77%) sono stati riferiti maltrattamenti e aggressioni fisiche con lesività accertata contro la persona e contro oggetti di proprietà delle vittime.

Durata delle molestie

Il 20% delle vittime ha dichiarato che le molestie sono continuate per più di dodici mesi, il 10% tra i 7 e i 12 mesi, il 25% tra i 4 e i 6 mesi, il 25% tra 1 e tre mesi. Circa il 20% ha segnalato una durata discontinua della presunta molestia, cioè periodi relativamente brevi (una o due settimane) di interruzione e poi una ripresa. In ogni caso, al di là della durata, tutte le vittime da noi intervistate hanno segnalato che le molestie erano assimilabili all'art. 612 bis C.P., che qui richiamiamo brevemente: un atto che può «cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita».

Reazioni emotive e sintomatologia psichica

Molteplici sono le tipologie delle reazioni emotive riferite da parte delle vittime. Nel nostro campione: 39,2% rabbia; 32,2% paura e ansia; 20% circa un senso di impotenza; 8,6% ha dichiarato di aver vissuto come invasive e intrusive le "attenzioni" da parte dei presunti molestatore. Inoltre, vengono riferiti: disturbi del sonno (18,5%); comportamento evitante rispetto al presunto stalker (22,2%); iperarousal (33,3%); ipoarousal (3,7%); ideazione intrusiva dell'evento spiacevole (22,2%).

Tabella 1. Dati demografici di vittime e stalker

Vittime				
	Età	Stato civile	Livello istruzione	Relazione con lo stalker
Maschi N=8	3,6% (18-25) 42,9% (26-35) 35,7% (36-45) 3,5% (46-55) 14,3% (56-65)	Single 50% Coniugati 43% Separati o vedovi 7%	Laurea 78,6% Diploma sup. 14,4% Diploma inf. o elementare 7%	Pazienti 75% Sconosciuta 13% Parente 9%
Femmine N=22	8,2% (18-25) 41,1% (26-35) 32,9% (36-45) 13,7% (46-55) 4,1% (56-65)	Single 52% Coniugati 41% Separati o vedovi 7%	Laurea 76,2% Diploma sup. 16,8% Diploma inf. o elementare 7%	Collega, ex-partner 3%
Stalker				
	Età	Livello istruzione	Relazione con lo stalker	
Maschi N=24	4,6% (18-25) 13% (26-35) 47,8% (36-45) 30% (46-55) 4,6% (56-65)	Laurea 21% Diploma sup 30% Diploma inf. o elementare 49%	Pazienti ed ex-pazienti 75% Parenti di pazienti 9% Colleghi, ex-colleghi, ex-partner, superiori 3%	
Femmine N=6	0% (18-25) 0% (26-35) 33,3% (36-45) 66,7% (46-55) 0% (56-65)	Laurea 50% Diploma sup. 50% Diploma inf. o elementare 0%	Pazienti ed ex-pazienti 85% Colleghi, ex-colleghi, ex-partner, superiori 15%	

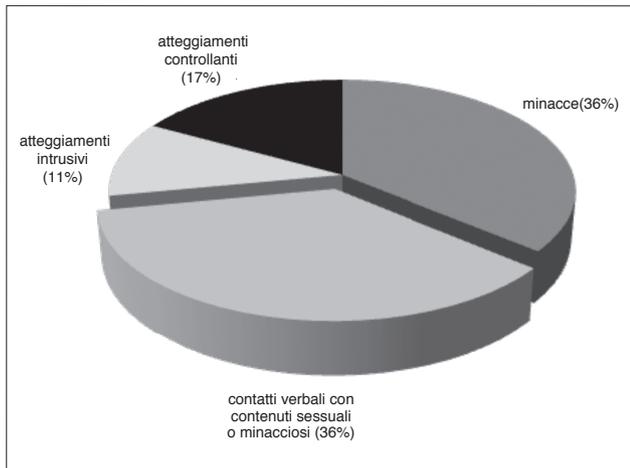


Figura 1. Molestie psicologiche.

Strategie comportamentali adottate dalle vittime

Le vittime dichiarano che, nei momenti immediatamente successivi alle presunte molestie, hanno adottato le seguenti strategie comportamentali: nel 35% dei casi, una condotta di evitamento di luoghi, contesti e persone riferibili all'aggressore; nel 28% dei casi, si è verificato un tentativo di ottenere un contatto chiarificatore con l'aggressore; nel 17% dei casi, la vittima ha chiesto aiuto a familiari, amici, forze dell'ordine, colleghi o si è rivolto a centri anti violenza; nel 16% dei casi, ha scelto di isolarsi dal contesto sociale e relazionale di appartenenza e si è ritirata in luoghi ritenuti "protetti"; nel

4% dei casi, ha messo in atto comportamenti aggressivi e/o violenti o si è mostrato indifferente alle iniziative dell'aggressore di ottenere un contatto verbale.

Alla domanda relativa al comportamento adottato dalla vittima dopo un lungo periodo di tempo trascorso dall'accaduto, i risultati sono i seguenti: nel 70% dei casi la vittima "si rassegna" e non adotta anche se le molestie perseverano, alcuna reazione o comportamento significativo nei confronti del proprio aggressore. Nel 20% dei casi, invece, la vittima ha denunciato l'accaduto all'autorità giudiziaria o ha fatto richiesta di sostegno psicologico. Il 10% dichiara di aver cambiato residenza e/o luogo di lavoro e/o mansione lavorativa e/o numero di telefono.

DISCUSSIONE

Dai risultati della nostra indagine emerge, coerentemente con la letteratura di riferimento^{1,13,18,20} che, nel campione delle vittime, i soggetti di genere femminile sono maggiormente rappresentati (22 F; 8 M). Per entrambi i generi, l'età maggiormente a rischio di vittimizzazione sembra essere quella tra i 26 e i 45 anni. In genere la vittima ha un titolo di studio medio/alto e, trattandosi di uno studio in ambito sanitario, le vittime sono in larghissima percentuale laureate. I soggetti single sono maggiormente a rischio: M=50%; F=52,1; pur in presenza di una significativa quota di soggetti, maschi e femmine, vittime di stalking, coniugati o conviventi: M=42,9%; F=41,1%.

Per quanto riguarda gli autori, la fascia di età maggiormente rappresentata è quella tra i 36-55 anni, con una maggiore prevalenza della fascia di età 36-45 (47,8% del totale).

La scolarità risulta bassa nei soggetti di genere maschile: 49% licenza elementare o media inferiore.

Stalking nei confronti di operatori di contesti socio-sanitari: risultati preliminari di una ricerca nella Regione Puglia

La maggior parte degli autori (84%) sono pazienti o ex-pazienti, o loro parenti. Ma i parenti sono rappresentati in modo limitato (9% parenti; 75% pazienti o ex-pazienti). Irrisoria la percentuale di colleghi o superiori (3%). In maggioranza, gli autori, appartengono al genere maschile (24); le femmine sono risultate essere solo 6, dato coerente con la letteratura^{1,10,13,15,18}. Le donne autrici di molestie assillanti sembrano presentare un'identità più precisa (85% tutte pazienti o ex-pazienti); titolo di studio più elevato (50% laurea o diploma); la fascia di età maggiormente rappresentata per le donne è di 36-55 anni. Nei soggetti di genere femminile sale anche la percentuale di ex-partner, colleghi, ex-colleghi o superiori in senso gerarchico (15%).

Per quanto riguarda il tipo di molestie subite, quelle di profilo psicologico sono marcatamente rappresentate (93,3%). I maltrattamenti e le violenze con lesività accertata sono una quota residuale (6,7%).

Nell'ambito delle molestie psicologiche, telefonate, lettere, sms e quelle via internet risultano maggiormente rappresentate (36,5%); a esse si associa la significativa percentuale (36%) di minacce verbali dirette verso la vittima e i suoi familiari e anche verso chi interviene a sostegno della vittima (forze dell'ordine, colleghi, amici, ecc.). Seguono pedinamenti e attività di controllo e sorveglianza della vittima (17,3%) e, in misura ancor più ridotta (11,5%), incursioni e intrusioni improvvise presso il domicilio o lo studio privato o direttamente sul luogo di lavoro.

Interessante sembra anche essere il dato relativo agli aspetti temporali, la durata delle molestie, importante anche nella valutazione degli esiti delle stesse sulle vittime. I tempi maggiormente rappresentati (50%) oscillano tra 1-6 mesi. Significativo anche il dato delle molestie che durano da più di un anno (20%).

In genere le molestie assillanti hanno la caratteristica della continuità nel tempo (80%). Solo il 20% delle vittime segnala una qualche discontinuità nell'azione degli offender.

Dai resoconti delle vittime si registrano più frequentemente le reazioni di rabbia (39,2%), ansia e timore (32,2%), senso di impotenza (20%).

Le reazioni "a caldo" delle vittime oscillano tra l'evitamento di luoghi, contesti, persone, riferibili all'aggressore (35%) e tentativi di chiarificazione, di mediazione con l'aggressore (28%).

Sembra importante segnalare il dato che solo il 17% delle vittime chiede aiuto alle forze dell'ordine, alle istituzioni, ai centri antiviolenza. Come se l'evento "aggressione" venga vissuto in solitudine, o segno, molto probabile, di scarsa o limitata fiducia nelle istituzioni preposte al controllo sociale, o al sostegno delle vittime. Sono anche probabili vissuti di vergogna e imbarazzo che caratterizzano la vittime e che inibiscono in qualche modo le denunce. Il 16% tenta di isolarsi in luoghi protetti e solo il 4% reagisce in maniera attiva, direttamente, contro l'aggressore. Alcuni studi^{15,17,22} confermano che ansia, paura, timore per la propria incolumità e quella dei propri familiari sembrano essere le reazioni emotive più ricorrenti nelle vittime.

Lo stalking, specie se protratto in maniera continuata e per lunghi periodi, può avere effetti gravi e negativi sull'equilibrio psicologico e relazionale delle vittime. È noto che la reazione a eventi stressanti differisce da soggetto a soggetto. Ciò dipende da fattori differenziati quali la percezione degli eventi stressanti, il "potere" auto-percepito di fronteg-

giare le cause dello stress (elemento particolarmente correlato all'autostima), eventuali situazioni psicopatologiche pregresse, temperamento, disponibilità di una rete sociale e relazionale di aiuto e sostegno, la storia di vita del soggetto, la capacità di tollerare le frustrazioni, ecc. Altri fattori importanti sono il tipo di relazione tra autore e vittima e i tempi e la durata delle molestie. Gli esiti psicopatologici possono andare dal disturbo dell'adattamento a disturbi di ansia e dello spettro depressivo, ai disturbi somatoformi e anche al disturbo post-traumatico da stress.

Nel nostro campione i sintomi maggiormente rappresentati sono stati: aumento della reattività emotiva (33,3%), evitamento persistente (22,2%) e il dato che l'evento traumatico viene rivissuto di frequente (22,2%); infine, i disturbi del sonno (18,5%).

Spesso le conseguenze della serie di disturbi segnalati nel questionario sono stati molteplici: perdita di interesse per le attività sociali e culturali, una condizione di distacco emotivo dalla realtà, dal gruppo di amicizie e talvolta anche dalla famiglia. L'isolamento da quello che era il proprio ambiente di riferimento e di appartenenza.

Infine, le strategie di fronteggiamento del "problema stalking", adottate dalle vittime, a distanza di tempo, dopo i primi episodi, confermano largamente il dato segnalato dalle prime reazioni delle vittime (solo il 17% presentava denunce o si faceva aiutare da strutture specializzate). Infatti, anche per le strategie "a lungo termine", solo il 20% presenta denunce all'autorità giudiziaria o si rivolge a centri specializzati per il sostegno psicologico e terapeutico. Una consistente percentuale (80%) non attua alcuna strategia degna di nota, o preferisce cambiare abitazione, attività professionale, residenza, ecc. Ciò conferma, limitatamente al nostro campione, una scarsa attenzione al fenomeno, una scarsa fiducia nelle istituzioni da parte delle vittime, il persistere di una cultura arretrata anche nei servizi socio-sanitari sulla natura dello stalking e sulle strategie di prevenzione e di contrasto delle molestie.

CONCLUSIONI

Dai dati provenienti dal nostro campione non emergono differenze significative tra operatori del Servizio Pubblico e quelli del settore del Privato Sociale. Altre ricerche^{1,23} segnalavano che la maggiore familiarità, prossimità e vicinanza che il setting del settore privato concede ai pazienti è condizione predisponente al verificarsi di comportamenti di persecuzione assillante. Gli operatori del Servizio Pubblico, nelle ricerche succitate sembravano maggiormente tutelati dalle strutture a cui afferiscono. Per quanto concerne la distribuzione del fenomeno, la nostra ricerca segnala che la maggior parte delle vittime appartiene al genere femminile, in conformità con la letteratura di riferimento²⁴, che segnala una maggior vulnerabilità del genere femminile rispetto ad azioni e comportamenti aggressivi e violenti. Tuttavia, non va eluso il fenomeno della vittimizzazione ai danni di soggetti di genere maschile, poiché gli esiti a livello psicopatologico e di danno non sono poi molto differenti da quelli di genere femminile. Inoltre, dato interessante da un punto di vista criminologico, le donne stalker sembrano più evolute culturalmente degli stalker di genere maschile e tendono a persegui-

tare anche uomini più grandi di loro. Per gli stalker di genere maschile, meno acculturati delle autrici donne, è vero il contrario, cercano donne (vittime) più giovani.

Un altro dato interessante a livello criminologico è la limitata presenza di violenza fisica, nelle molestie assillanti. La tipologia di violenza posta in essere, sia da autori di genere maschile sia da quelli di genere femminile, appare di profilo psicologico-relazionale, quest'ultima non meno temibile per le conseguenze e gli esiti che può provocare nelle vittime^{25,26}, tenendo anche conto del loro profilo professionale, dei ruoli che sono chiamati a esercitare nei contesti lavorativi, che richiedono equilibrio, serenità, stabilità a livello emotivo e psicologico. Infine, dalla richiesta di informazioni finalizzata a valutare la conoscenza del fenomeno e delle strategie di trattamento e fronteggiamento/contrasto da parte degli operatori che compongono il nostro campione, si rileva che i professionisti dell'area socio-sanitaria, sia del servizio pubblico sia di quello privato sociale, che hanno subito processi di vittimizzazione, sono in realtà poco informati sullo stalking e sulle sue conseguenze. Inoltre, limitata appare la fiducia nelle istituzioni deputate al controllo sociale e anche all'assistenza e all'aiuto alla vittime (si veda la scarsa percentuale di coloro che denunciano, si rivolgono ai centri anti violenza, o riescono a stabilire strategie di fronteggiamento del fenomeno adeguate e funzionali). La risposta alle molestie assillanti sembra, nella grande maggioranza dei casi, paradossalmente per degli operatori di servizi e strutture socio-sanitarie, vissuta in solitudine, nel privato, senza alcuna visibilità pubblica, sociale. Ciò rischia di amplificare i fenomeni di violenza e aggressività che, nelle loro molteplici manifestazioni, sono destinati a crescere nel silenzio e nell'isolamento^{27,30}. Risulta, quindi, necessario attivare campagne di sensibilizzazione, informazione/formazione indirizzate ai professionisti del settore socio-sanitario, pubblico e privato, sulle caratteristiche del fenomeno e sulle modalità più adeguate per evitare i rischi e fronteggiarlo. Sono anche necessarie politiche che tutelino adeguatamente questi operatori nel trattamento di casi particolarmente critici e rischiosi, con percorsi operativi che consentano interventi a più livelli e favoriscano confronti e scambi di esperienze con équipe differenti per tipologia e specializzazione e anche con esperienze realizzate al di fuori dell'Italia.

BIBLIOGRAFIA

1. Grattagliano I, Cassibba R, Greco R, Laudisa A, Torres A, Mastromarino A. Stalking: old behaviour new crime. Reflections on 11 cases assessed in the judicial district of Bari. *Riv Psichiatr* 2012; 47: 65-72.
2. Modena Group on Stalking. Percorsi di aiuto per vittime di stalking. Milano: Franco Angeli, 2007.
3. Purcell R, Pathé M, Mullen PE. The prevalence and nature of stalking in the Australian community. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 114-20.
4. Morris S, Anderson S, Murray L. Stalking and harassment in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive Social Research, 2002.
5. Budd T, Mattinson J. The extent and nature of stalking: finding from the 1998 British crime survey (Home Office Research, Research Findings N° 129). London: Home Office, Research Development and statistic Directorate, 2000.
6. CDC: MMWR (Center for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Reports). Prevalence and health consequences of stalking. Louisiana, 1998-1999. *Journal of the American Association* 2000; 49: 653-5.
7. Basile KC, Swahn MH, Chen J, Saltzman LE. Stalking in the United States: recent national prevalence estimates. *Am J Prev Med* 2006; 31: 172-5.
8. Spitzberg BH, Cupach WR. The state of the art of stalking: taking stock of the emerging literature. *Aggress Violent Behav* 2006; 12: 64-86.
9. Dressing H, Kuehener C, Gass P. Lifetime prevalence and impact of stalking in European population: epidemiological data from a middle-sized German city. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 168-72.
10. Carabellese F, La Tegola D, Alfarano E, Tamma M, Candelli C, Catanesi R. Stalking by Females. *Med Sci Law* 2013; 53: 123-31.
11. Dressing H, Kühner C, Gass P. [Multiaxial classification of stalking. Guidelines for the assessment of criminal liability and prognosis] *Nervenarzt* 2007; 78: 764, 766-8, 770-2.
12. Del Ben K, Fremouw W. Stalking: developing an empirical typology to classify stalkers. *J Forensic Sci* 2002; 47: 152-8.
13. Zona MA, Sharma KK, Lane J. A comparative study of erotomanic and obsessional subjects in a forensic sample. *J Forensic Sci* 1993; 38: 894-903.
14. Zona MA, Palarea RE, Lane JC Jr. Psychiatric diagnosis and the offender-victim typology of stalking. In: Meloy JR (ed). *The psychology of stalking: clinical and forensic perspectives*. San Diego, CA: Academic Press, 1998.
15. Mullen PE, Pathé P, Purcell R. *Stalkers and their victims*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
16. Meloy JR, Rivers L, Siegel L, Gothard S, Naimark D, Nicolini JR. A replication study of obsessional followers and offenders with mental disorders. *J Forensic Sci* 2000; 45: 147-52.
17. Mullen PE, Pathé M, Purcell R, Stuart GW. Study of stalkers. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1244-9.
18. Catanesi R, Carabellese F, La Tegola D, Alfarano E. Coexistence and independence between a mental disorder and female stalking. *J Forensic Sci* 2013; 58: 251-4.
19. Grattagliano I. Pas e metodologia peritale. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 2013; 17: 340-4.
20. Greco R, Curci A, Grattagliano I. Juvenile criminality: General Strain Theory and the reactive-proactive aggression trait. *Riv Psichiatr* 2009; 44: 328-36.
21. Curci P, Galeazzi GM, Secchi C. *La sindrome delle molestie assillanti*. Torino: Boringhieri, 2003.
22. Gargiullo BC, Damiani R. *Lo stalker, ovvero il persecutore in agguato: classificazioni, assessment e profili psicocomportamentali*. Milano: Franco Angeli, 2008.
23. Pomilla A, D'Argenio A, Mastronardi V. Stalking: considerazioni clinico-criminologiche tramite i risultati di un contributo di ricerca. *Riv Psichiatr* 2012; 47 (suppl): 46-51.
24. Nivoli GC, Loretto L, Milia P, Nivoli AMA, Nivoli LF. *Vittimologia e psichiatria*. Milano: Edi. Ermes, 2010.
25. Hirigoyen MF. *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*. Torino: Einaudi, 2005.
26. Marvelli E, Grattagliano I, Aventaggiato L, Gagliano-Candela R. Substance use and victimization in violent assaults. *Clin Ter* 2013; 164: e239-e244.
27. Dollard J, Miller NE, Doob LW, Mowrer LH, Sears RR. *Frustrazione e aggressività*. Firenze: Editrice Universitaria, 1967.
28. Fromm E. *Anatomia della distruttività umana*. Milano: Mondadori, 1973.
29. Bandura A. *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1973.
30. Bergeret J. *La personalità normale e patologica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1984.