



# RAPPORTI ISTISAN 23|10

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

## **Strategie multidisciplinari per prevenire e contrastare la violenza sulle donne: dai flussi di dati ai marcatori epigenetici**

A cura di S. Gaudi, L. Falzano



AMBIENTE  
E SALUTE



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Strategie multidisciplinari per prevenire  
e contrastare la violenza sulle donne:  
dai flussi di dati ai marcatori epigenetici**

a cura di  
Simona Gaudi (a), Loredana Falzano (b)  
*(a) Dipartimento Ambiente e Salute*  
*(b) Centro Nazionale Salute Globale*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN**  
**23/10**

Istituto Superiore di Sanità

**Strategie multidisciplinari per prevenire e contrastare la violenza sulle donne: dai flussi di dati ai marcatori epigenetici.**

A cura di Simona Gaudi, Loredana Falzano

2023, v, 67 p. Rapporti ISTISAN 23/10

La violenza contro le donne è un rilevante problema di salute pubblica da affrontare con strategie innovative e/o d'interconnessione al fine di garantire la salute psicofisica alla donna sopravvissuta. In Italia, i dati dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) rivelano che il 31,5% delle donne, tra i 16 e i 70 anni, ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale. La pandemia da SARS-CoV-2 ha fatto aumentare i casi di violenza rendendo ancora più urgente e necessario un approccio multidisciplinare per contrastare questa emergenza cronica. La formazione del personale sociosanitario, l'interconnessione e l'integrazione dei dati degli accessi in Pronto Soccorso (flusso "EMergenza URgenza", EMUR) e delle dimissioni ospedaliere (flusso "Schede di Dimissione Ospedaliera", SDO), lo studio molecolare dei marcatori epigenetici e il trattamento degli autori di reato, costituiscono le azioni sinergiche volte ad ampliare la prospettiva del tema della "violenza contro le donne" nella sua complessità e a limitarne gli effetti negativi nel lungo periodo.

*Parole chiave:* Violenza contro le donne; Epidemiologia; Epigenetica; Malattie non trasmissibili; Prevenzione

Istituto Superiore di Sanità

**Multidisciplinary strategies to prevent and combat violence against women: from data flows to epigenetic markers.**

Edited by Simona Gaudi, Loredana Falzano

2023, v, 67 p. Rapporti ISTISAN 23/10 (in Italian)

Violence against women is a major public health problem to be addressed with innovative and/or interconnecting strategies to ensure the psychophysical health of the surviving woman. In Italy, ISTAT (National Institute of Statistics) data reveal that 31.5% of women, aged between 16 and 70, have experienced some form of physical or sexual violence during their life. The SARS-CoV-2 pandemic has increased cases of violence, making a multidisciplinary approach to tackle this chronic emergency even more urgent and necessary. The training of health and social workers, the interconnection and integration of first aid access data (Emergency flow) and hospital discharge (hospital discharge form flow), the molecular study of epigenetic markers and the treatment of offenders constitute synergistic actions aimed at broadening the perspective of the issue of 'violence against women' in its complexity and limiting its negative effects in the long term.

*Keywords:* Violence against women; Epidemiology; Epigenetics; Noncommunicable diseases; Prevention

Si ringrazia il Sig. Fabrizio Volpi per l'attività svolta di revisione del documento.

Per informazioni su questo documento scrivere a: [simona.gaudi@iss.it](mailto:simona.gaudi@iss.it); [loredana.falzano@iss.it](mailto:loredana.falzano@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it)

Citare questo documento come segue:

Gaudi S, Falzano L (Ed.). *Strategie multidisciplinari per prevenire e contrastare la violenza sulle donne: dai flussi di dati ai marcatori epigenetici*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/10).

---

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti e Manuela Zazzara*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



# INDICE

## **Premessa**

*Silvio Brusaferrò*..... v

## **Fenomeno della violenza attraverso i flussi del Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri**

*Alessandra Burgio, Elisabetta Santori* ..... 1

## **Potenzialità dei flussi sanitari correnti nella valutazione degli effetti a lungo termine della violenza di genere**

*Alice Maraschini, Anna Maria Carinci, Giada Minelli*..... 15

## **Azioni del Ministero della Salute per il contrasto alla violenza contro le donne**

*Liliana La Sala, Emanuele Caredda*..... 26

## **Formazione delle operatrici e degli operatori per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere**

*Anna Colucci, Donatella Barbina, Pietro Carbone, Anna D'Agostini, Rosa Dalla Torre, Alessandra Di Pucchio, Emanuele Fanales Belasio, Ughetta Favazzi, Debora Guerrera, Francesca Molinaro, Federica Maria Regini, Matteo Schwarz, Andrea Vittozzi, Alfonso Mazzaccara* ..... 31

## **Conseguenze della violenza di genere sulla salute della donna**

*Giussy Barbara*..... 39

## **Violenza sulla donna e disturbo da stress post traumatico: verso uno studio multicentrico**

*Simona Gaudi, Loredana Falzano, Paola Bertuccio, Paolo Bailo, Andrea Piccinini*..... 43

## **Correlazioni tra stress, violenza e insorgenza di tumori femminili: dai dati epigenetici all'evidenza clinica**

*Rachele Rossi, Federica Francescangeli, Maria Laura De Angelis, Simona Gaudi, Ann Zeuner* ..... 54

## **Contrasto alla violenza di genere tra prospettive integrate di intervento: il trattamento degli autori di reato**

*Paolo Giulini, Francesca Garbarino*..... 60

## **Conclusioni e prospettive future**

*Simona Gaudi* ..... 67



## PREMESSA

Questo Rapporto ISTISAN “Strategie multidisciplinari per prevenire e contrastare la violenza sulle donne, dai flussi di dati ai marcatori epigenetici” rappresenta un momento di sintesi del lavoro specialistico e capillare degli autori che affrontano la violenza di genere in un’ottica sistemica e integrata per identificare azioni innovative che incidano positivamente sulla salute pubblica. Questo documento nasce dall’esigenza di riportare e sviluppare i contenuti più rilevanti presentati durante il Convegno “Epigenetica della violenza sulla donna: studio EpiWE” organizzato dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e che si è tenuto l’8-9 novembre 2022.

La violenza contro le donne è un problema strutturale e non contingente, un fenomeno complesso e diffuso in tutte le classi sociali a livello globale. La rilevanza che la violenza di genere continua ad avere nella nostra quotidianità ci impone una visione innovativa e intersettoriale per limitarne le conseguenze fisiche e psicologiche sulla salute della donna. Il problema è complesso e presenta diverse sfaccettature che richiedono l’integrazione della ricerca molecolare con la rigorosa analisi statistica e con gli interventi sociali, educativi, clinico-assistenziali sul territorio; è urgente offrire nuove strategie per arginare, individuare, intervenire e prevenire questo fenomeno che provoca gravi danni alla salute e alla qualità della vita delle sopravvissute alla violenza.

Attraverso la presentazione di concetti chiave, strumenti metodologici e ricerche sul campo, questa pubblicazione mira a migliorare e rafforzare le azioni complementari e innovative per l’attuazione di nuove strategie focalizzate alla conoscenza e alla prevenzione delle conseguenze negative nel lungo periodo. Le conseguenze sanitarie possono essere immediate e dirette (lesioni fisiche, sintomi post-traumatici acuti), o indirette, a medio o lungo termine (malattie croniche, disturbi psichiatrici) che più difficilmente sono direttamente correlabili alla violenza.

La maggior parte degli studi epidemiologici sulla violenza di genere sono focalizzati sugli effetti a breve termine, mentre quelli a lungo termine sono trascurati o marginalmente inclusi anche se sono costituiti da conseguenze gravi e complesse.

Dall’ultima indagine (2019) condotta dall’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) sulla sicurezza delle donne è emerso che i tassi di prevalenza e incidenza delle diverse tipologie di violenza – fisica, sessuale e psicologica – sono rispettivamente il 20,2%, il 21% e il 26,4%. Conoscere, prevenire e contrastare la violenza richiede l’acquisizione di dati che siano comparabili, regolarmente aggiornati e interconnessi. Nel 2019 è stata istituita la “Banca dati sulla violenza di genere” che prevede la collaborazione tra ISTAT e Ministero della Salute al fine di monitorare questa pandemia silente e di offrire gli strumenti adeguati a un’analisi puntuale delle cause e delle conseguenze del fenomeno. L’analisi integrata dei flussi sanitari che provengono da dati di interconnessione dai Pronto Soccorso (EMergenza URgenza, EMUR) e dalle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO), in aggiunta alle Cause di Morte (CdM), potrà fornirci un quadro più fedele e preciso di questa emergenza cronica. Per potere studiare la correlazione tra violenza e insorgenza precoce di alcune patologie non trasmissibili, è necessario ricostruire e seguire il percorso sociosanitario della donna. I dati pubblicati lo scorso agosto dall’ISTAT (2022) relativi alle chiamate ricevute dal 1522 hanno evidenziato un aumento del 73% delle segnalazioni di abusi.

Le informazioni sulle dinamiche e le conseguenze della violenza, sui fattori di rischio e di protezione sono fondamentali per combattere la violenza. Le linee guida nazionali del 2017 in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza, la formazione organizzata nel 2020 dal Ministero della Salute, in collaborazione con l’ISS, degli operatori sanitari e la Legge 53 del 5 maggio 2022, costituiscono un insieme di interventi volti a migliorare

la qualità dei dati statistici e a garantire un flusso informativo adeguato per cadenza e contenuti sulla violenza di genere. Avere una chiave di *linkage* individuale nel rispetto delle attuali normative sulla privacy, che permetta di seguire la stessa donna all'interno di EMUR, SDO e CdM, potrebbe consentirci l'identificazione di profili di salute riconducibili all'evento violenza domestica o sessuale. La sola analisi dei ricoveri ospedalieri affrontati dalle donne potrebbe fornire importanti informazioni sul loro stato di salute, mentre il flusso relativo alla mortalità potrebbe darci indicazioni sulla suscettibilità all'insorgenza di patologie croniche. In particolare, il disturbo da stress post-traumatico (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD) è il più prevalente e dovuto all'interazione di fattori neurobiologici e genetico/genomici con l'evento "violenza" con conseguenze altamente invalidanti che permangono a lungo e si riflettono in una diminuzione dell'attesa e della qualità della vita. Intervenire tempestivamente e con terapie mirate rappresenta una delle sfide della medicina molecolare di precisione di questi anni.

La violenza, quale fattore "socio-ambientale" negativo è in grado di influenzare e modificare la funzionalità del nostro genoma attraverso le modificazioni epigenetiche. Identificare le cicatrici molecolari della violenza subita potrebbe fornire indicazioni sulle basi molecolari del trauma e quindi identificare target terapeutici specifici per predisporre interventi di prevenzione di precisione contrastando l'insorgenza del PTSD, di patologie stress-correlate e non trasmissibili. Studiare il genoma e identificare *marker* epigenetici, rappresenta un approccio innovativo per comprendere gli effetti della violenza sulla salute psico-fisica delle donne. Infatti, le conseguenze della violenza permangono nella psiche e possono influenzare anche la struttura dell'acido desossiribonucleico (DNA) della donna compromettendo il suo stato di salute.

Lo studio "Epigenetica per le donne", *Epigenetics for Women* (EpiWE), è uno studio pilota multidisciplinare che si prefigge di studiare i marcatori epigenetici associati al PTSD insorti in seguito a violenza in ambito relazionale e/o sessuale. EpiWE ha, e contempla al suo interno, la prima biobanca dedicata alla raccolta di campioni di sangue e/o di saliva delle donne sopravvissute alla violenza corredate dalle informazioni contenute nei questionari. I risultati preliminari hanno messo in luce l'espressione differenziale di alcuni geni correlati tra loro e coinvolti nella plasticità cerebrale. Intercettare i primi marcatori epigenetici potrebbe essere utile per la messa in atto di strategie di prevenzione anche per evitare gli eventuali effetti a lungo termine.

Negli ultimi anni, numerosi studi scientifici hanno dimostrato che lo stress cronico favorisce lo sviluppo e la progressione dei tumori femminili, in particolare quelli dell'ovaio e della mammella. Questa evidenza potrà essere estremamente rilevante nel quadro della violenza femminile, in quanto la violenza domestica, induce uno stress cronico nelle vittime.

La Convenzione di Istanbul prevede che gli Stati aderenti sostengano programmi di trattamento dei soggetti responsabili di atti di violenza nelle relazioni affettive e di reati sessuali, al fine di favorirne il recupero e di limitare i casi di recidiva, per un'effettiva tutela delle vittime. In una prospettiva di prevenzione primaria, rivolta a chi si senta a rischio di "passaggio all'atto", può essere offerto un intervento che offra spazi di riflessione e di assunzione di responsabilità. Nell'ambito della prevenzione secondaria, la partecipazione al trattamento è possibile parallelamente al percorso giudiziario, in coordinamento con le norme specifiche, in fase di indagini e in fase di esecuzione della pena, in ambito territoriale o in carcere, qualora il reo sia detenuto. L'utilizzo di un modello trattamentale criminologico favorisce un'effettiva responsabilizzazione del reo e può fornire un buon supporto nel prevenire la recidiva.

Entro il 2030 dovremo raggiungere l'obiettivo dell'uguaglianza di genere e dell'emancipazione di tutte le donne e le ragazze, uno dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile.

Inoltre il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) considera la Parità di genere come una delle tre priorità *trasversali* da perseguire in tutte le missioni che lo compongono.

Questo lavoro multidisciplinare ha come obiettivo principale quello di proporre una serie di strategie innovative e/o d'interconnessione al fine di garantire alla donna, che ha subito violenza, un'assistenza di lungo periodo così da contrastare e limitare l'insorgenza di patologie croniche e non trasmissibili che potrebbero avere origine proprio dal trauma subito.

La sanità pubblica riveste un ruolo centrale nell'identificare i fattori di rischio e di protezione e nel rafforzare la ricerca. L'ISS su questi temi è già attivo con i propri ricercatori nel supportare dal punto di vista tecnico-scientifico i programmi e le azioni per garantire, a tutte le donne e le ragazze, una vita senza violenza e senza le relative conseguenze sulla salute.

Silvio Brusaferrò

*Presidente  
dell'Istituto Superiore di Sanità*



# FENOMENO DELLA VIOLENZA ATTRAVERSO I FLUSSI DEL PRONTO SOCCORSO E DEI RICOVERI OSPEDALIERI

Alessandra Burgio (a), Elisabetta Santori (b)

(a) Direzione centrale delle statistiche sociali e il welfare, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

(b) Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ministero della Salute, Roma

I dati gestiti dal Ministero della Salute, relativi agli accessi in Pronto Soccorso attraverso il flusso EMergenza URgenza (EMUR) (Ministero della Salute, 2022) e alle dimissioni ospedaliere (flusso Schede di Dimissioni Ospedaliere, SDO) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2008) costituiscono importanti fonti di informazione per fare luce sul complesso fenomeno della violenza subita dalle donne.

Nell'ambito dell'Accordo tra l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e Ministero della Salute (ISTAT-Ministero della Salute, 2019) è stato avviato un rapporto di collaborazione tra i due enti finalizzato ad analizzare i contenuti informativi relativi agli accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di violenza rilevati dal Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Ministero della Salute, 2008) e alle dimissioni ospedaliere con diagnosi di violenza rilevati dal flusso SDO (Ministero della Salute, 1991), anche in coerenza con quanto previsto dal Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015 (Italia, 2015). Tali dati contribuiscono ad alimentare la "Banca dati sulla violenza di genere".<sup>1</sup>

Nel processo di analisi, la tipologia di violenza presunta ricevuta dall'assistita è individuata attraverso le diagnosi codificate con la classificazione ICD-9-CM<sup>2</sup> di seguito indicate:

- *Sindrome del bambino maltrattato* (ICD-9-CM=9955)  
Abuso di minore emotivo/psicologico, Trascuratezza di minore (nutrizionale), Abuso sessuale su minore, Abuso fisico di minore, Altro.
- *Adulto maltrattato* (99580<=ICD-9-CM<=99585)  
Abuso emotivo/psicologico di adulto, Abuso sessuale di adulto, Trascuratezza di adulto (nutrizionale), Altro.
- *Anamnesi di violenza* (ICD-9-CM=V1541, V1542)  
Anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica, Anamnesi personale di trauma psichico da violenza emotiva.
- *Problemi coniugali* (ICD-9-CM=V6111, V6112)  
Abuso da parte del coniuge o del partner, Abuso sul coniuge o sul partner.
- *Problemi genitori-figli* (ICD-9-CM=V6121, V6122)

<sup>1</sup> <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>

<sup>2</sup> Versione modificata e ampliata della ICD-9 (*International Classification of Diseases*, IX revision, Ginevra, 1975), prevalentemente utilizzata per la classificazione delle cause di morte. La ICD-9-CM è la versione italiana della classificazione utilizzata per codificare le diagnosi sia nei dati del flusso EMUR (Pronto Soccorso), sia nei dati del flusso SDO (ricoveri ospedalieri).

Maltrattamento del bambino, Abuso sul bambino da parte del genitore.

- *Osservazione per sospetta violenza* (ICD-9-CM=V715, V716, V7181)  
Osservazione successiva ad asserita violenza carnale o seduzione, Osservazione successiva ad altra lesione volontaria, Osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza.
- *Lesioni inflitte da altre persone* (E960<=ICD-9-CM<=E966, E968)  
Combattimento, rissa, stupro, Aggressione con sostanza caustica o corrosiva, con avvelenamento, con impiccagione e strangolamento, con armi da fuoco e esplosivi, con strumento tagliente e pungente, Altro.
- *Esecutore di abuso* (ICD-9-CM=E967)  
Padre, patrigno o fidanzato, Madre, matrigna o fidanzata, Consorte o partner, Altro parente (figlio, fratello, nonno), Altra persona specificata (non familiare), Badante, Persona non specificata.

Le variabili rilevate dal flusso EMUR Pronto Soccorso di interesse per l'analisi del fenomeno della violenza sono la Regione di erogazione e di residenza, il genere e l'età, la cittadinanza, la diagnosi principale e le 4 diagnosi secondarie, il responsabile dell'invio al Pronto Soccorso, il problema principale riscontrato al momento del *triage*, la tipologia di trauma rilevato, il *triage* infermieristico (*proxy* del livello di urgenza e di gravità dell'accesso), l'esito del trattamento in Pronto Soccorso, il progressivo della scheda di dimissione ospedaliera, il codice individuale dell'assistito.

Analogamente, con riferimento al flusso SDO, le variabili di interesse per l'analisi del fenomeno della violenza sono la Regione di erogazione e di residenza, il genere e l'età, la cittadinanza, la diagnosi principale e le 5 diagnosi secondarie, la modalità con cui è stato causato il trauma, la provenienza della paziente, la modalità di dimissione, il progressivo della SDO, il codice individuale assistito. In più rispetto al flusso EMUR Pronto Soccorso è possibile considerare la durata della degenza per il ricovero ordinario e la causa esterna<sup>3</sup>.

Il progressivo della scheda di dimissione ospedaliera è una variabile presente in entrambe le fonti e quindi potenzialmente utile per effettuare un *record linkage* e studiare il percorso delle donne che accedono al Pronto Soccorso per violenza subita e il cui esito è il ricovero.

Tuttavia l'accuratezza della compilazione di questa variabile è inferiore a quella del codice individuale dell'assistito, che è quindi l'informazione che può garantire la ricostruzione del percorso delle donne che accedono in ospedale per un episodio di violenza.

Grazie al Decreto del Ministero della Salute del 7 dicembre 2016, "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato" (Ministero della Salute, 2016), il Ministero della Salute è autorizzato a interconnettere, attraverso il codice individuale dell'assistito e nel rispetto delle finalità previste dal predetto Decreto, i due flussi.

L'interconnessione dei flussi EMUR e SDO può costituire una grande opportunità per potenziare l'individuazione dei casi di violenza di genere nei dati sanitari, recuperando casi non individuati nelle singole fonti; consente inoltre di approfondire molti aspetti della violenza subita dalla donna e le conseguenze sulla sua salute.

Queste prime analisi considerano i due flussi separatamente.

---

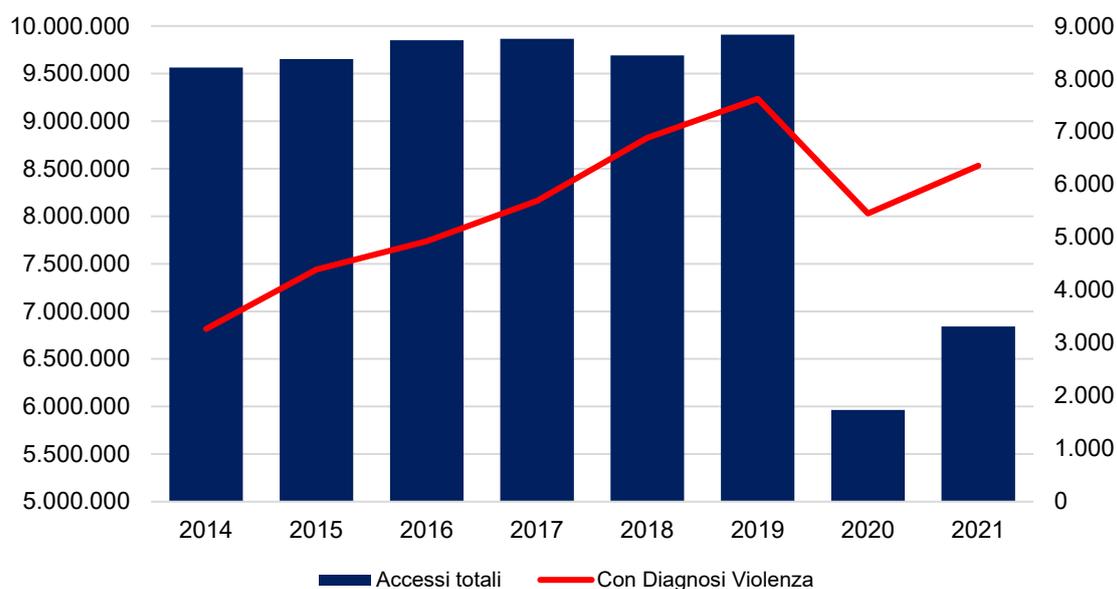
<sup>3</sup> Nella SDO in caso di ricovero per traumi, incidenti o intossicazioni va compilata la variabile "causa esterna" utilizzando i codici E (E800-E999) della classificazione ICD-9-CM per descrivere gli eventi, le circostanze e le condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento e di altri effetti avversi.

## Accessi al Pronto Soccorso: anni 2014-2021

Prima della pandemia si è registrato un incremento del 133% di accessi al Pronto Soccorso di donne con diagnosi di violenza (da circa 3.300 nel 2014 a oltre 7.600 nel 2019). Gli accessi totali in Pronto Soccorso sono aumentati solo del 4% negli stessi anni (Figura 1). L'incidenza di tali accessi rispetto agli accessi totali è quindi cresciuta da 3,4 ogni 10 mila nel 2014 a 7,7 nel 2019.

Negli anni della pandemia il valore è ulteriormente aumentato a 9,2 nel 2020 e 9,3 nel 2021.

Le possibili cause sono da ricondurre a una maggiore capacità degli operatori sanitari del Pronto Soccorso di "riconoscere" i casi di violenza, anche grazie alle attività formative messe in campo da Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ma anche a una maggiore diffusione del fenomeno.



**Figura 1. Accessi totali e con diagnosi di violenza di donne in Pronto Soccorso. Anni 2014-2021**

La Tabella 1 riporta il numero di accessi di assistite con diagnosi di violenza per 10.000 accessi totali per Regione di accesso. L'analisi dei dati mostra un *range* molto ampio rispetto alla media Italia: nel 2014 si passa da 0 in Molise a 10,7 in Piemonte; nel 2021 da 0,3 nella Provincia Autonoma (PA) di Trento a 19,8 in Toscana. I valori di incidenza molto bassi e costanti nel tempo suggeriscono una scarsa propensione nelle strutture a riconoscere il fenomeno della violenza di genere e una cautela nell'interpretazione del fenomeno attraverso i flussi amministrativi. L'emergenza sanitaria del 2020 ha determinato un aumento della pressione sulle strutture sanitarie, mettendo a dura prova il sistema ospedaliero e il Pronto Soccorso, ha avuto un forte impatto sull'accessibilità dei servizi, anche quelli di emergenza-urgenza.

**Tabella 1. Accessi con diagnosi di violenza al Pronto Soccorso per 10.000 accessi totali per Regione di accesso. Anni 2014-2021**

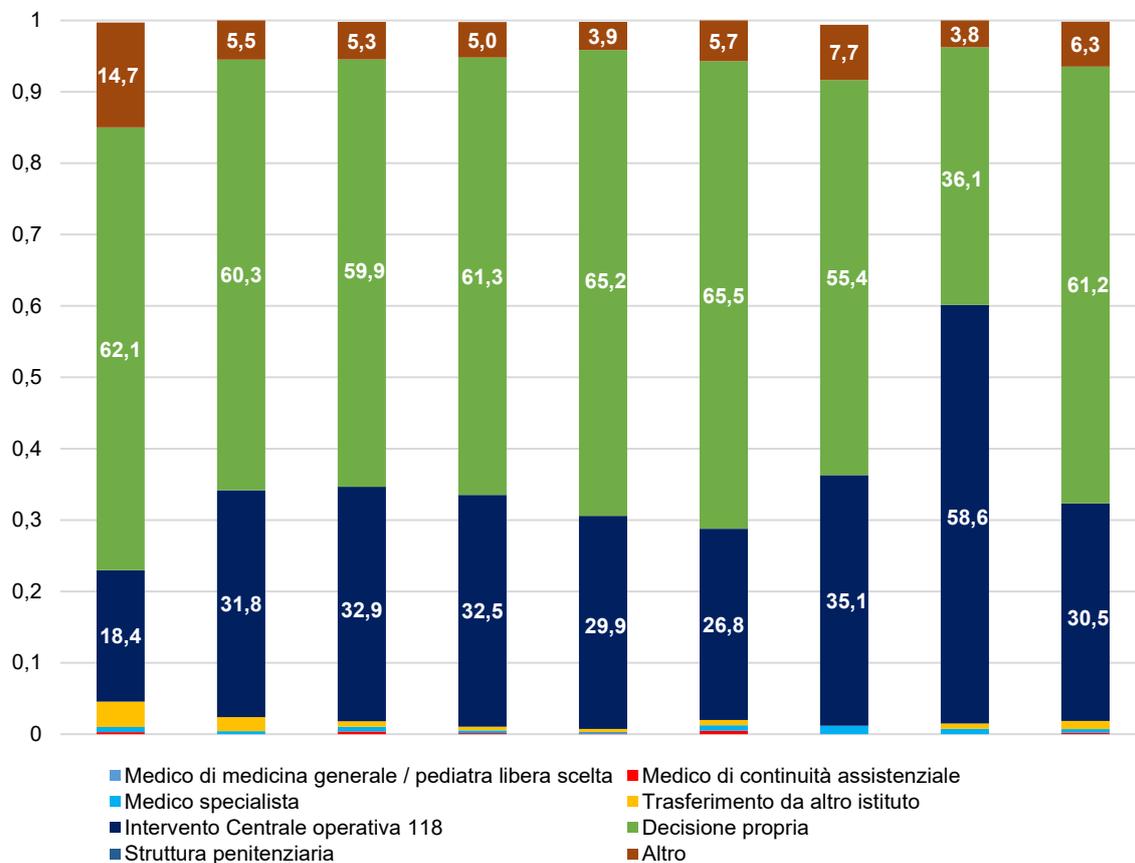
Regione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
010 – Piemonte	10,7	14,1	12,5	13,6	15,4	15,0	16,9	16,9
020 – Valle d'Aosta	1,4	3,2	1,7	0,8	3,7	17,6	15,0	19,7
030 – Lombardia	2,4	3,6	5,7	7,4	8,9	11,2	12,7	13,0
041 – PA di Bolzano	1,4	1,8	1,3	2,1	2,4	2,8	4,0	3,1
042 – PA di Trento	0,3	0,1	0,6	1,0	0,1	0,4	1,3	0,3
050 – Veneto	0,7	0,8	0,7	1,8	4,6	8,2	9,6	7,4
060 – Friuli V. Giulia	4,8	7,3	6,2	7,9	9,4	8,2	12,3	10,5
070 – Liguria	2,2	1,3	1,5	1,1	1,6	3,2	4,7	4,4
080 – Emilia-Romagna	1,4	2,7	3,5	3,3	5,9	5,2	7,1	8,2
090 – Toscana	7,6	13,2	14,6	15,9	18,2	17,1	19,4	19,8
100 – Umbria	0,3	0,7	0,9	1,4	1,4	2,5	3,8	3,6
110 – Marche	8,6	4,7	6,4	6,8	8,3	12,4	12,7	11,3
120 – Lazio	2,2	2,6	3,1	3,8	4,5	5,2	7,0	7,5
130 – Abruzzo	2,6	3,8	3,0	2,1	1,9	1,8	2,0	1,1
140 – Molise	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	2,8	2,3
150 – Campania	0,4	0,6	0,5	1,9	1,7	1,5	1,5	2,5
160 – Puglia	8,0	8,0	8,0	8,7	8,1	7,8	8,2	8,2
170 – Basilicata	0,1	0,3	0,8	0,3	0,4	0,2	0,2	1,0
180 – Calabria	0,8	1,1	0,9	0,6	2,0	0,9	1,8	2,0
190 – Sicilia	1,4	1,5	2,3	2,6	2,8	1,9	3,5	3,6
200 – Sardegna	5,2	1,7	1,2	2,1	2,7	2,6	2,7	0,9
<b>Italia</b>	<b>3,4</b>	<b>4,6</b>	<b>5,0</b>	<b>5,8</b>	<b>7,1</b>	<b>7,7</b>	<b>9,1</b>	<b>9,3</b>

Nel 2020 si sono registrati circa 6 milioni di accessi al Pronto Soccorso di donne, il 40% in meno rispetto al 2019. Sono stati 5.454 gli accessi con l'indicazione di diagnosi di violenza (9,1 ogni 10 mila accessi), il 28% in meno rispetto al 2019. La diminuzione è stata quindi inferiore rispetto a quella degli accessi totali. Le donne che hanno fatto ricorso almeno una volta al Pronto Soccorso per un episodio di violenza nel 2020 sono state 5.385. Per queste donne sono stati registrati 11.345 accessi totali (di cui 5.454 con diagnosi di violenza), mediamente 2,1 per ogni donna. Una donna su 4 ha 35-44 anni, una su 5 ha 25-34 anni, il 12,4% è minorenni (Tabella 2).

**Tabella 2. Donne che nel 2020 hanno avuto almeno un accesso in Pronto Soccorso con diagnosi di violenza**

Fascia d'età (anni)	n.	%	Accessi al Pronto Soccorso					
			con diagnosi di violenza	senza diagnosi di violenza	totale	pro capite con diagnosi di violenza	pro capite senza diagnosi di violenza	totale
0-17	666	12,4	701	459	1160	1,1	0,7	1,8
18-24	709	13,2	711	944	1655	1,0	1,3	2,3
25-34	1041	19,3	1044	1243	2287	1,0	1,2	2,2
35-44	1317	24,5	1330	1467	2797	1,0	1,1	2,1
45-54	954	17,7	964	1057	2021	1,0	1,1	2,1
55-64	399	7,4	403	438	841	1,0	1,1	2,1
65-74	166	3,1	168	147	315	1,0	0,9	1,9
75+	133	2,5	133	136	269	1,0	1,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>5385</b>	<b>100,0</b>	<b>5454</b>	<b>5891</b>	<b>11345</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>2,1</b>

Nel 61,2% degli accessi la donna arriva al Pronto Soccorso per decisione propria e nel 30,5% dei casi a seguito di intervento del 118. Solo tra le donne anziane diminuisce la quota di accessi per decisione propria (55,4% a 65-74 anni, 36,1% a 75 anni e più) e aumenta la quota di accessi tramite 118 (rispettivamente 35,1% e 58,6%) (Figura 2).



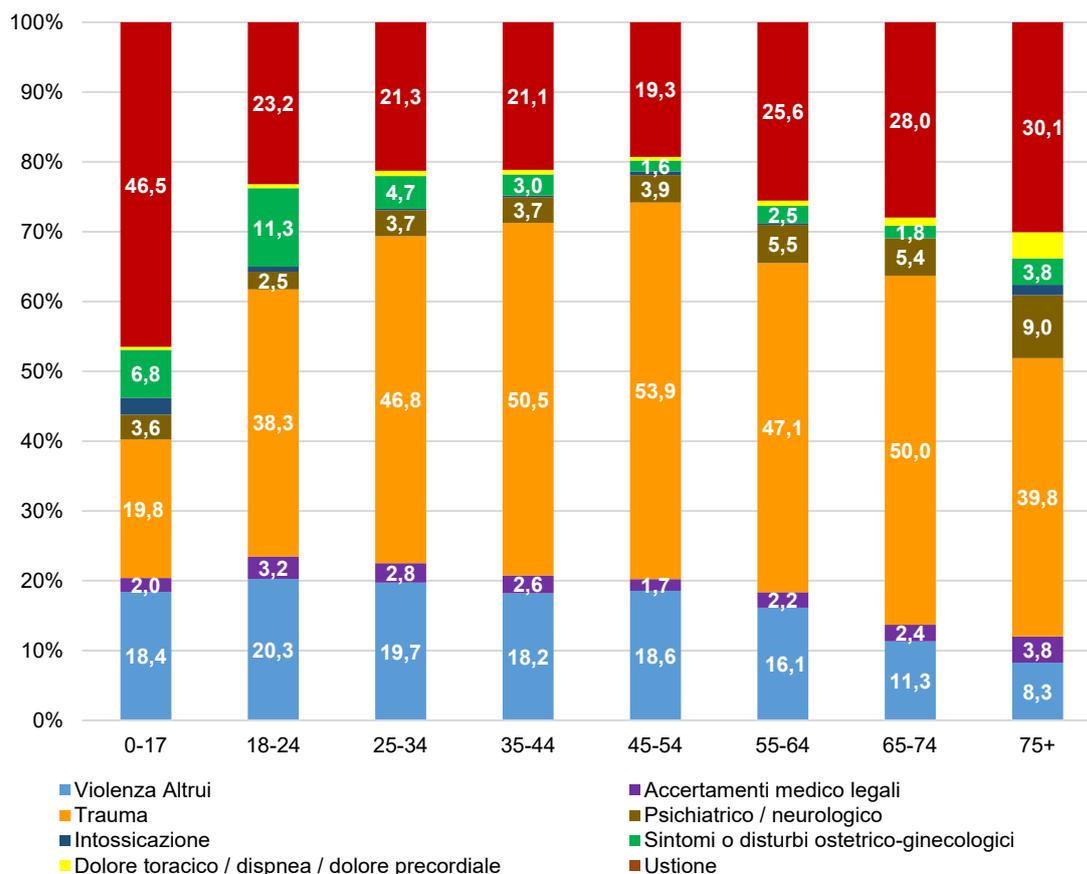
**Figura 2. Percentuale di accessi in Pronto Soccorso di donne con diagnosi di violenza per classe di età e responsabile dell'invio al Pronto Soccorso. Anno 2020**

Il 44,4% degli accessi riporta come problema principale il trauma (oltre la metà degli accessi di donne di 35-54 anni). Nel 18,2% viene indicata «Violenza altrui» (1 accesso su 5 per le donne di 18-34 anni), nel 4,6% «Problemi ginecologici» (11,3% a 18-24 anni), nel 3,9% «Problemi psichiatrici/neurologici» (5,5% a 55-74 anni, 9,0% per le over 75) (Figura 3).

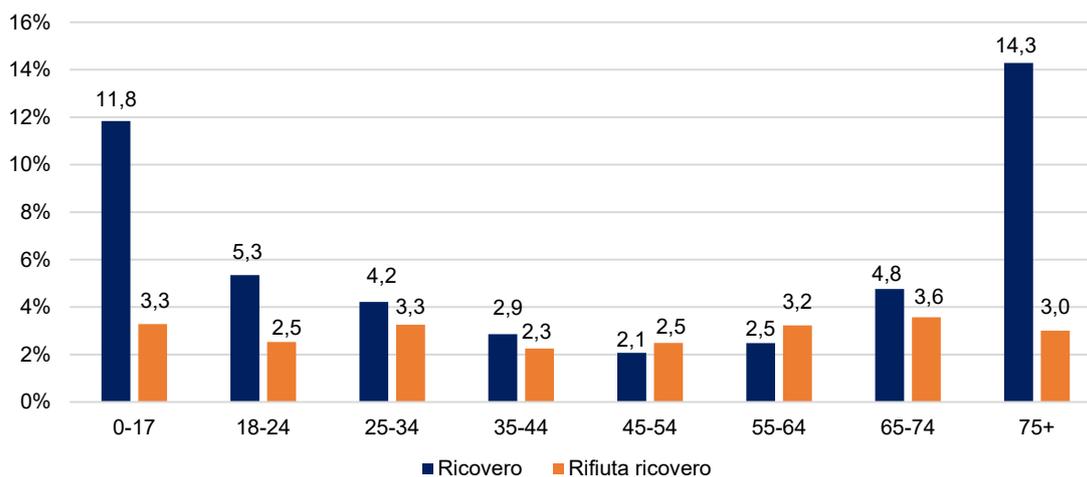
Nei casi in cui il problema principale è il trauma, la modalità con cui è stato causato è l'aggressione per 3 accessi su 4.

L'88,3% degli accessi di donne con diagnosi di violenza esita a domicilio, il 4,8% termina con il ricovero, il 2,8% rifiuta il ricovero.

I dati per classi di età evidenziano tra le minorenni e le anziane di 75 anni e oltre una quota più elevata di accessi che terminano con il ricovero ospedaliero, rispettivamente 11,8% e 14,3%. Il rifiuto del ricovero riguarda il 3,6% degli accessi delle donne di 65-74 anni (Figura 4). Il rifiuto del ricovero riguarda anche gli accessi più gravi: il 7,7% degli accessi con codice rosso e il 4,2% degli accessi con codice giallo; il 5,2% degli accessi in cui il problema principale è psichiatrico/neurologico.



**Figura 3. Percentuale di accessi in Pronto Soccorso di donne con diagnosi di violenza per problema principale e classi di età. Anno 2020**



**Figura 4. Accessi in Pronto Soccorso di donne con diagnosi di violenza per esito del trattamento e classi di età. Anno 2020**

## Analisi storica degli accessi al Pronto Soccorso per diagnosi di violenza

Il codice individuale dell'assistita consente la ricostruzione longitudinale degli accessi delle donne con diagnosi di violenza.

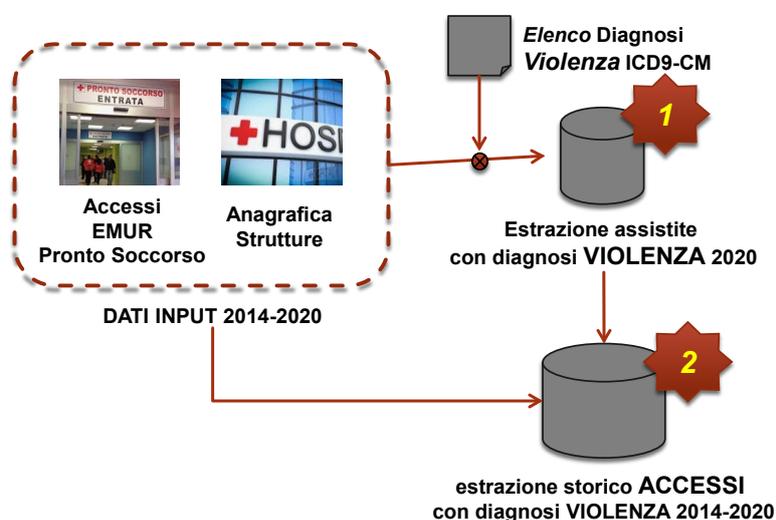
Partendo dai dati EMUR 2014-2020, sono state individuate le donne che nel 2020 hanno avuto almeno un accesso al Pronto Soccorso con diagnosi di violenza (5.265).

Queste stesse donne sono state ricercate nei dati degli anni precedenti, al fine di ricostruire la loro storia di accessi al Pronto Soccorso sia per cause connesse con la violenza che per altre cause.

Nella Tabella 3 è possibile osservare il numero degli accessi di queste donne nel periodo 2014-2020. Analisi di questo tipo saranno utilizzate in prospettiva per monitorare gli accessi ripetuti delle donne in Pronto Soccorso per violenza e per altre cause. Il percorso di accesso al Pronto Soccorso è illustrato in Figura 5.

**Tabella 3. Numero di accessi al Pronto Soccorso delle donne nel periodo 2014-2020**

Anno	Assistite	Accessi	Accessi per violenza
2014	1952	4420	25
2015	1971	4472	39
2016	2074	4820	36
2017	2168	5356	60
2018	2282	5803	93
2019	2543	6799	193
2020	5265	11345	5454



**Figura 5. Percorso al Pronto Soccorso di donne con diagnosi di violenza nel periodo 2014-2020**

## Principali diagnosi negli accessi al Pronto Soccorso più frequenti con diagnosi di violenza nell'anno 2020

Per gli accessi di donne in Pronto Soccorso nel 2020 con diagnosi di violenza sono state considerate le diagnosi secondarie, per verificare quali fossero le diagnosi principali più frequentemente associate tra quelle diverse dalla violenza.

La diagnosi secondaria più frequente negli accessi di donne al Pronto Soccorso con indicazione di violenza è il “maltrattamento dell’adulto” (ICD-9-CM: 995.80), che si associa frequentemente a una diagnosi principale di “stato ansioso” (ICD-9-CM: 300.00), “concuSSIONE” (ICD-9-CM: 850.0), “contusioni di varia natura” (ICD-9-CM: 920, 923.09, 923.9, 924.8, 924.9), “distorsione e distrazione del collo” (ICD-9-CM: 847.0).

### Ricoveri ospedalieri: anni 2014-2021

I ricoveri ospedalieri in regime ordinario di donne con indicazione di violenza prima della pandemia da COVID-19 variavano da 1.588 nel 2014 a 1.494 nel 2019. Sono diminuiti a 1.044 nel 2020 e risaliti a 1.179 nel 2021 (Tabella 3). Tali ricoveri sono selezionati sulla base delle diagnosi (indicate nell’introduzione) e della “violenza altrui” riportata nella variabile “Traumatismi o intossicazioni”<sup>4</sup>. Nel tempo la quota di casi senza diagnosi di violenza ma con “violenza altrui” è andata riducendosi sensibilmente (da 722 nel 2014 a 276 nel 2021).

Ciò denota un progressivo miglioramento della qualità dei dati e una crescente coerenza tra i codici di diagnosi e la variabile “Traumatismi o intossicazioni”. Rispetto al complesso dei ricoveri ordinari relativi a donne, l’incidenza di quelli con indicazione di violenza è circa pari a 4 per 10.000 fino al 2019 e si riduce a 3,6 e 3,9 rispettivamente nel 2020 e 2021 (Tabella 4).

**Tabella 4. Ricoveri ospedalieri di donne in regime ordinario**

Anno	Totale	Con diagnosi di violenza	Senza diagnosi di violenza ma con “Violenza altrui”	Totale violenza	Incidenza per 10.000 ricoveri
2014	3.877.299	866	722	<b>1.588</b>	4,1
2015	3.810.903	843	685	<b>1.528</b>	4,0
2016	3.736.731	997	471	<b>1.468</b>	3,9
2017	3.695.655	1.140	400	<b>1.540</b>	4,2
2018	3.622.835	1.140	413	<b>1.553</b>	4,3
2019	3.531.261	1.140	354	<b>1.494</b>	4,2
2020	2.881.459	784	260	<b>1.044</b>	3,6
2021	3.014.889	903	276	<b>1.179</b>	3,9

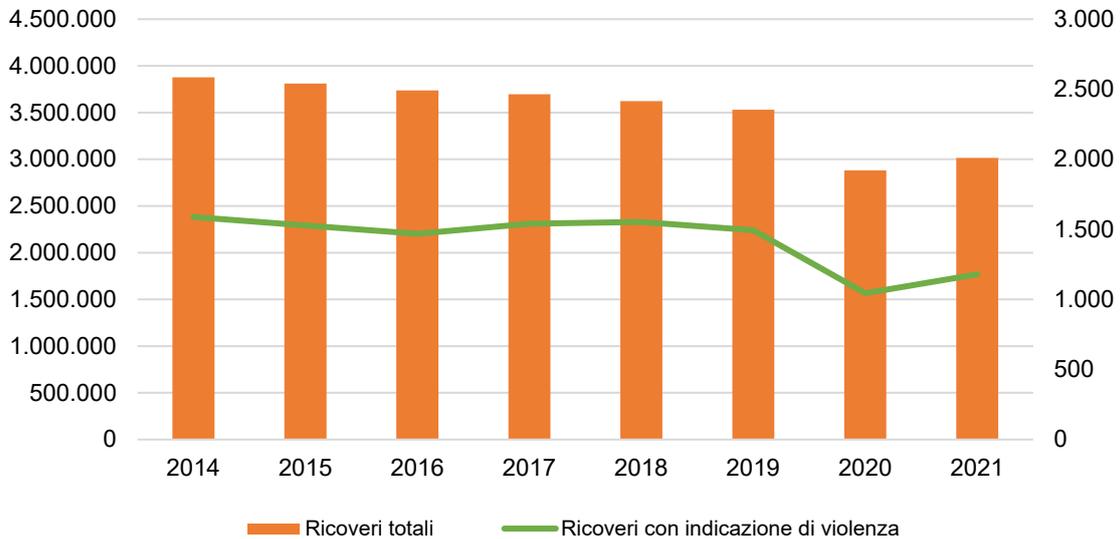
Nel periodo pre-pandemico (2014-2019) i ricoveri ordinari di donne con indicazione di violenza hanno fatto registrare un decremento pari a -5,9% rispetto a -8,9% registrato per i ricoveri ordinari totali (Figura 6).

La diminuzione registrata nell’anno dell’emergenza sanitaria (2020) è stata pari a -31,7% rispetto alla media 2014-2019, mentre per i ricoveri ordinari totali ammonta a -22,4%.

Nel 2021, sempre con riferimento alla media 2014-2019, la riduzione dei ricoveri ordinari di donne con indicazione di violenza ammonta a -22,9%, mentre è pari a -18,8% per i ricoveri

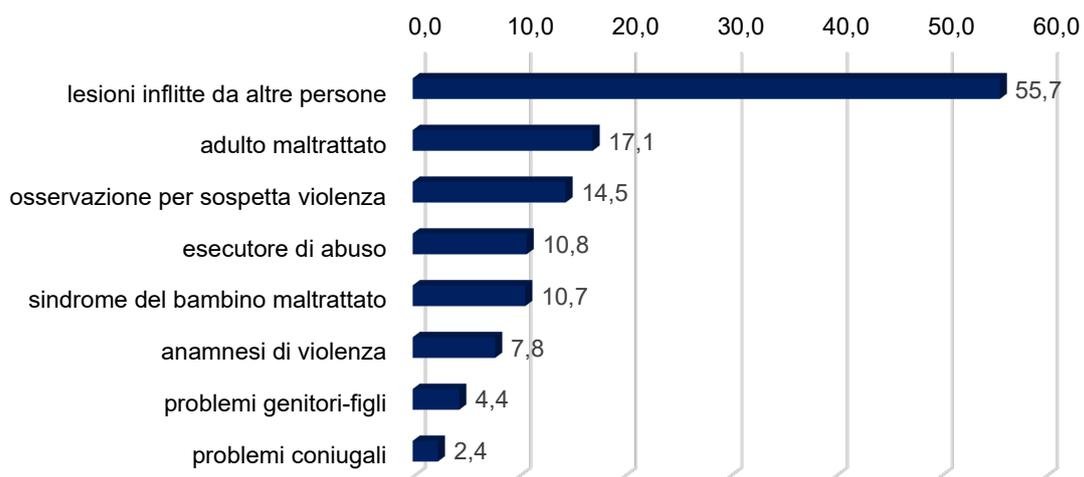
<sup>4</sup> La variabile “Traumatismi o intossicazioni” assume le seguenti modalità: 1=infortunio sul lavoro, 2=infortunio in ambiente domestico, 3=incidente stradale, 4=violenza altrui, 5=autolesione o tentativo di suicidio, 9=altro tipo di incidente o di intossicazione.

ordinari totali. Pertanto prima della pandemia i ricoveri di donne per violenza erano diminuiti meno della media dei ricoveri, mentre dopo l'emergenza sanitaria la diminuzione è stata più forte di quella complessiva, indicando elevate difficoltà di accesso alle strutture ospedaliere per questo tipo di ricoveri.



**Figura 6. Ricoveri ordinari di donne, totali e con indicazione di violenza. Anni 2014-2021 (valori assoluti)**

L'analisi delle diagnosi di violenza riportate nella SDO evidenzia che nel 56% dei casi si tratta di diagnosi relative ai codici della ICD-9-CM riferiti alle lesioni inflitte da altre persone, mentre raramente vengono utilizzati i codici relativi ai problemi genitori-figli (4,4%) o ai problemi coniugali (2,4%) (Figura7).



**Figura 7. Frequenza percentuale dei ricoveri ospedalieri di donne in regime ordinario con indicazione di violenza per gruppo di diagnosi. Anni 2020-2021**



**Tabella 5. Donne che hanno avuto almeno un ricovero ospedaliero in regime ordinario con indicazione di violenza, numero di ricoveri (valori assoluti e percentuali, valori pro-capite) per classi di età. Anno 2021**

Donne <sup>(a)</sup>			Ricoveri <sup>(a)</sup>			
Età (in anni)	Numero	%	Totali		di cui per violenza	
			Numero	Pro-capite	Numero	Pro-capite
0-17	277	25,6	369	1,33	287	1,04
18-24	108	10,0	146	1,35	109	1,01
25-34	139	12,8	179	1,29	145	1,04
35-44	167	15,4	214	1,28	172	1,03
45-54	143	13,2	197	1,38	147	1,03
55-64	93	8,6	146	1,57	97	1,04
65-74	69	6,4	104	1,51	69	1,00
75+	87	8,0	132	1,52	88	1,01
<b>Totale</b>	<b>1.083</b>	<b>100,0</b>	<b>1.487</b>	<b>1,37</b>	<b>1.114</b>	<b>1,03</b>

(a) sono esclusi i ricoveri con codice individuale non corretto (4,1%)

### Diagnosi associate ai ricoveri ospedalieri con indicazione di violenza

I dati SDO consentono anche di analizzare le diagnosi (principali e secondarie) per individuare quali siano quelle (diverse dalla violenza) più frequentemente associate ai ricoveri con indicazione di violenza.

Un primo studio è stato effettuato per i ricoveri ordinari delle minorenni nel triennio 2017-2019<sup>5</sup>.

Le diagnosi riportate nella Tabella 6 presentano rapporti statisticamente significativi e appartengono ai grandi gruppi della ICD-9-CM relativi ai disturbi psichici e ai traumatismi. È difatti nell'ambito di questi gruppi che rientra il maggior numero di diagnosi associate ai ricoveri per violenza delle minorenni.

Tra i disturbi psichici le diagnosi che caratterizzano maggiormente i ricoveri per violenza sono “Altre reazioni di adattamento specificate” (RPOS=28,6), “Abuso di droghe senza dipendenza” (RPOS=16,8) e “Reazione di adattamento” (RPOS=12,2). Tra le diagnosi maggiormente frequenti nei ricoveri di minorenni per violenza hanno un'associazione significativa anche i “Disturbi di personalità” (RPOS=7,3), il “Disturbo della condotta, non classificato altrove” (RPOS=9,6) e i “Disturbi episodici dell'umore” (RPOS=5,4).

Tra i traumatismi le “Contusioni del dorso” (RPOS=144,9) e “Altre ferite della faccia con complicazioni” (RPOS=149,7) sono le diagnosi fortemente caratterizzanti i ricoveri per violenza delle minorenni, pur avendo una bassa frequenza.

Tra le altre diagnosi con una frequenza più elevata hanno un'associazione significativa le contusioni e le fratture della faccia, della testa e del collo, nonché le contusioni delle gambe e del tronco.

<sup>5</sup> Le diagnosi più frequentemente associate ai ricoveri per violenza sono state individuate mediante il calcolo del rapporto proporzionale di ospedalizzazione standardizzato: rapporto tra la proporzione standardizzata per età delle dimissioni che menzionano una certa diagnosi nei ricoveri con indicazione di violenza e la stessa proporzione tra i ricoveri senza indicazione di violenza. Per la standardizzazione delle proporzioni è stata utilizzata la distribuzione per età dei ricoveri complessivi.

**Tabella 6. Ricoveri ordinari di donne minorenni (<18 anni) con indicazione di violenza (frequenza e rapporto proporzionale per gruppi ICD-9-CM di ospedalizzazione standardizzato). Anni 2017-2019**

ICD-9-CM	Descrizione	% nei ricoveri per violenza	RPOS
<b>Disturbi psichici</b>			
301	Disturbi di personalità	5,36	7,3
312	Disturbo della condotta, non classificato altrove	4,32	9,6
296	Disturbi episodici dell'umore	4,14	5,4
309	Reazione di adattamento	3,76	12,2
300	Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	3,38	3,6
307	Sintomi o sindromi speciali non classificati altrove	2,82	2,3
317	Ritardo mentale lieve	2,63	3,2
3018	Altri disturbi di personalità	2,35	6,4
305	Abuso di droghe senza dipendenza	2,16	16,8
3075	Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione	1,69	3,6
3000	Stati di ansia	1,60	4,3
3019	Disturbo di personalità non specificato	1,60	11,2
3098	Altre reazioni di adattamento specificate	1,60	28,6
3123	Disturbi del controllo degli impulsi, non classificati altrove	1,50	10,1
<b>Traumatismi e avvelenamenti</b>			
959	Altri e non specificati traumatismi	5,55	14,5
920	Contusione della faccia, del cuoio capelluto e del collo escluso l'occhio	4,51	13,4
802	Frattura delle ossa della faccia	4,23	14,7
9590	Altri e non specificati traumatismi di testa, faccia e collo	3,57	16,1
873	Altre ferite della testa	3,38	33,7
8020	Frattura chiusa delle ossa nasali	2,82	16,3
924	Contusione dell'arto inferiore e di altre e non specificate sedi	2,73	34,6
922	Contusione del tronco	2,54	45,4
850	Concussione	1,69	6,3
8500	Concussione con nessuna perdita di coscienza	1,50	6,6
8735	Altre ferite della faccia con complicazioni	1,50	149,7
923	Contusione dell'arto superiore	1,13	27,1
805	Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo spinale	1,03	14,4
9223	Contusione del dorso	1,03	144,9

RPOS, Rapporto Proporzionale di Ospedalizzazione Standardizzato  
Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero della Salute-SDO

## Considerazioni conclusive

La collaborazione tra ISTAT e Ministero della Salute, avviata nel 2019, ha consentito di produrre dati statistici di grande rilievo che, oltre ad alimentare la “Banca dati sulla violenza di genere”, rendono possibile il monitoraggio del fenomeno. In futuro, anche migliorando la capacità di “riconoscere” i casi di violenza e di intercettare il fenomeno nei dati amministrativi, tali dati potranno fornire ai *policy makers* strumenti adeguati per interventi di prevenzione e contrasto basati sulle evidenze.

L'utilizzo dei flussi amministrativi EMUR e SDO per lo studio della violenza di genere, sebbene richieda cautela nell'interpretazione dei dati, è uno strumento molto importante per fare

luce sul complesso fenomeno della violenza subita dalle donne. Attualmente, molteplici fattori determinano una sottostima del fenomeno: difficoltà da parte dell'operatore sanitario a riconoscere la violenza subita dalla donna, reticenza della donna a dichiararla, utilizzo di codici di diagnosi diversi da quelli riferiti alla violenza. Tuttavia i dati disponibili consentono di descrivere e conoscere il fenomeno. La possibilità di "ricostruire" la storia degli accessi ospedalieri delle donne che hanno subito violenza, di studiare gli accessi/ricoveri ripetuti nel tempo della stessa donna, le ricorrenze di alcune diagnosi, forniscono importanti indicazioni sui "profili di salute" di queste donne.

Per l'assistenza sanitaria in Pronto Soccorso, il programma di formazione realizzato nel 2015-2017 per il rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, le linee guida nazionali emanate nel 2017 in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, la formazione organizzata nel 2020 dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISS, degli operatori sanitari e la Legge 53 del 5 maggio 2022, recante "Disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere", costituiscono un insieme di interventi volti a migliorare la qualità dei dati statistici e a garantire un flusso informativo adeguato per cadenza e contenuti sulla violenza di genere contro le donne.

Proprio in conseguenza della Legge 53/2022, il sistema EMUR Pronto Soccorso subirà un'importante evoluzione e sarà oggetto di una integrazione con informazioni utili e necessarie per la rilevazione della violenza di genere contro le donne:

- a) la tipologia di violenza, fisica, sessuale, psicologica o economica, esercitata sulla vittima;
- b) se la violenza è commessa in presenza sul luogo del fatto dei figli degli autori o delle vittime e se la violenza è commessa unitamente ad atti persecutori;
- c) la relazione vittima-autore.

L'interconnessione dei due flussi EMUR e SDO attraverso il codice individuale dell'assistito (Decreto del Ministero della Salute 262 del 7 dicembre 2016) (Ministero della Salute, 2016) potrebbe costituire, inoltre, una grande opportunità per potenziare l'individuazione dei casi di violenza di genere nei dati sanitari, recuperando casi non individuati nelle singole fonti. Tale integrazione dei dati consentirebbe, tra l'altro, di approfondire molti aspetti della violenza subita dalla donna e le conseguenze sulla sua salute.

Sarebbe possibile studiare le diagnosi ricorrenti e associate agli accessi in Pronto Soccorso e ai ricoveri ospedalieri per la costruzione di "profili" da utilizzare come "eventi sentinella", al fine di aumentare la capacità di intercettazione dei casi nei dati amministrativi, studiare gli accessi e i ricoveri ripetuti, analizzare la successione temporale degli eventi per individuare possibili effetti a medio e lungo termine della violenza sulla salute della donna e per rilevare eventuali compromissioni delle condizioni di salute riconducibili alla violenza.

## Bibliografia

ISTAT. *La violenza sulle donne*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>; ultima consultazione 28 marzo 2023.

ISTAT-Ministero della Salute. *Accordo per l'alimentazione della Banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2019. Disponibile all'indirizzo: [https://www.istat.it/it/files//2020/11/accordo\\_istat\\_ministero\\_salute\\_2019-1.pdf](https://www.istat.it/it/files//2020/11/accordo_istat_ministero_salute_2019-1.pdf); ultima consultazione: 29 maggio 2023.

Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015. Piano d'Azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere n. 4.3/2015/3 del 28 aprile 2015. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 20 del 25 gennaio 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/01/25/17A00489/sg>; ultima consultazione 29 maggio 2023.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Decreto del 17 dicembre 2008. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 9 del 13 gennaio 2009.

Ministero della Salute. *Assistenza emergenza-urgenza*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo:

[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2990&area=sistemaInformativo&menu=emergenza](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2990&area=sistemaInformativo&menu=emergenza); ultima consultazione 28 marzo 2023.

Ministero della Salute. Decreto del 28 dicembre 1991. Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 13 del 17 gennaio 1992.

Ministero della Salute. Decreto del 7 dicembre 2016, n. 262. Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 32 del 8 febbraio 2017.

Ministero della Salute. *Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO)*. Roma: Ministero della Salute; 2008. Disponibile all'indirizzo:

[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?area=ricoveriOspedalieri&id=1232&menu=vuot](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?area=ricoveriOspedalieri&id=1232&menu=vuot); ultima consultazione: 29 maggio 2023.

# POTENZIALITÀ DEI FLUSSI SANITARI CORRENTI NELLA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI A LUNGO TERMINE DELLA VIOLENZA DI GENERE

Alice Maraschini, Anna Maria Carinci, Giada Minelli  
Servizio Tecnico-Scientifico di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

I flussi sanitari correnti, essenziali per la programmazione sanitaria, stanno diventando una fonte di informazione sempre più preziosa nel supporto di studi epidemiologici di popolazione.

Per questo la loro completezza e accuratezza sono in continuo miglioramento, aumentandone le potenzialità di utilizzo. Tra questi, le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), gli accessi al Pronto Soccorso (EMergenza URgenza, EMUR) e le Cause di Morte (CdM) permettono di analizzare i principali eventi legati allo stato di salute.

Anche nell'ambito della violenza di genere i flussi sanitari correnti possono costituire un'importante fonte informativa. Riuscendo a intercettare la coorte di donne vittime di violenza, e analizzando i ricoveri successivi, si potrebbero infatti valutare gli effetti a breve e lungo termine sul loro stato di salute.

Il codice diagnosi ICD-9-CM 309.81 (disturbo da stress post-traumatico) potrebbe indicare lo sviluppo di un disturbo post-traumatico da stress e si potrebbe valutare l'associazione con altre selezionate patologie croniche.

Il confronto con la popolazione generale, o con un opportuno gruppo di controllo, potrebbe dare la misura di un eventuale eccesso di ospedalizzazione e/o mortalità, avvalorando l'ipotesi di una correlazione tra insorgenza precoce di alcune patologie non trasmissibili e violenza subita.

Sarebbe inoltre importante valutare i fattori socio-demografici che influiscono sull'insorgenza di tali patologie.

Analizzare il profilo individuale di un singolo soggetto attraverso l'analisi congiunta tra i diversi flussi informativi resta però ancora limitato a causa della scarsa interconnessione tra essi.

Allo stato attuale, non è a disposizione una chiave di *linkage* (procedura che permette di determinare se due record, appartenenti a diversi set di dati, si riferiscono a uno stesso individuo) che permetta di seguire la stessa donna all'interno di EMUR, SDO e CdM. Questo è possibile però all'interno dello stesso flusso, ad esempio nelle SDO (che godono di un consolidamento ormai ventennale).

Anche la sola analisi dei ricoveri ospedalieri affrontati dalle donne vittime di violenza potrebbe fornire importanti informazioni sul loro stato di salute. Un altro flusso che può essere esplorato è quello relativo alla mortalità: il disturbo da stress post-traumatico è infatti associato a gravi conseguenze, che possono portare a una diminuzione dell'attesa di vita generale o in buona salute.

## Flussi informativi correnti

I flussi informativi correnti sono un insieme di dati raccolti in maniera continua e routinaria che, in ambito sanitario, supportano l'assistenza regionale e sono alla base della programmazione e il controllo delle prestazioni erogate a livello nazionale, territoriale e aziendale.

Forniscono informazioni preziose sui servizi del Servizio Sanitario Nazionale e, nonostante siano stati inizialmente istituiti per finalità amministrative, sono a oggi una fonte fondamentale e poco costosa per analisi epidemiologiche.

In particolar modo, la disponibilità di archivi sanitari elettronici è in costante aumento e permette la raccolta di ingenti quantità di dati che forniscono informazioni sullo stato di salute della popolazione, registrando i percorsi terapeutici assistenziali, le visite specialistiche, le prescrizioni farmaceutiche, gli accessi in ospedale, fino al decesso con le sue cause, riuscendo potenzialmente a ripercorrere l'intera storia sanitaria di un individuo.

Dal punto di vista epidemiologico non esistono sistemi di documentazione validi per tutte le esigenze di ricerca: gli strumenti a disposizione vengono di volta in volta modulati per perseguire determinati obiettivi.

Nel caso specifico della ricerca sull'impatto della violenza di genere sulle condizioni di salute al femminile, tre sono i principali flussi di dati correnti da tenere in considerazione:

- EMUR;
- SDO;
- CdM.

## **Emergenza-Urgenza**

Il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in EMUR mira a supportare il coordinamento integrato dei servizi svolti sul territorio dal Sistema 118 e nell'ambito ospedaliero dal Pronto Soccorso), e a favorire una sempre maggiore tempestività ed efficacia dell'intervento, oltre a garantire la continuità assistenziale delle cure a beneficio dell'assistito.

Al fine di consentire la trasmissione dei dati, ciascuna Regione/Provincia Autonoma è tenuta a designare un Amministratore di sicurezza, quale referente regionale responsabile della gestione degli utenti che per la stessa Regione hanno accesso al sistema "Assistenza Emergenza Urgenza", dove si possono trovare tutte le indicazioni operative per la registrazione.

Nell'ambito della violenza di genere è dimostrato come questo flusso sia quello più adatto a intercettare le donne vittime di violenza.

Il Pronto Soccorso rappresenta infatti il luogo al quale le persone vittime di violenza si rivolgono quando il livello di violenza rende assolutamente necessario un intervento sanitario.

Diversi progetti, come il progetto REVAMP (*REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum*) coordinato dall'Ospedale Galliera di Genova e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e supportato dal Ministero della Salute, hanno riconosciuto il Pronto Soccorso come uno dei *setting* assistenziali più importanti attraverso cui far emergere i fenomeni di abuso e maltrattamento. È un luogo dove prima o poi le donne, i bambini, gli anziani e le vittime di violenza in generale giungono alla fine di un percorso segnato da abusi, violenze e maltrattamenti. Il progetto REVAMP, inoltre, ha investito nella formazione degli operatori sanitari del Pronto Soccorso nell'individuazione e nella segnalazione di tali casi anche dal punto di vista della codifica dei flussi, oltre ovviamente nella presa in carico del paziente (Pitidis *et al.*, 2019).

## **Schede di dimissione ospedaliera**

La SDO è uno strumento che raccoglie tutte le informazioni relative al paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici o privati presenti su tutto il territorio nazionale, anche in regime di *day hospital* (Ministero della Salute, 2015). Nello specifico, nella SDO si trovano informazioni demografiche (data e luogo di nascita, sesso, residenza, livello di istruzione) e cliniche. Grazie alla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), sistema che organizza le malattie

e i traumatismi in gruppi sulla base di criteri definiti e che viene sottoposta a periodiche revisioni, è possibile capire il motivo del ricovero e il suo decorso analizzando nello specifico la diagnosi principale e fino a 5 diagnosi secondarie, e l'eventuale intervento/procedura principale e fino a 5 interventi/procedure secondarie. Ogni individuo ricoverato ha un codice identificativo univoco anonimizzato che permette di seguire la sua storia ospedaliera.

Nell'ambito della violenza di genere l'utilizzo di questo flusso permette una visione parziale del fenomeno cogliendo soltanto gli episodi più gravi che esitano in un ricovero ma che sicuramente sottendono un fenomeno molto più vasto e importante. La possibilità però di conoscere l'interezza della storia ospedaliera della donna offre sicuramente dei vantaggi in un'analisi di lungo periodo e di possibile correlazione tra violenza subita e stato di salute generale.

## Cause di morte

Le statistiche annuali sulle cause di morte (ISTAT, 2021) rappresentano la principale fonte esaustiva delle informazioni epidemiologiche del Paese. L'indagine ha una copertura totale e il suo campo di osservazione è costituito dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale (popolazione presente) in un anno di calendario, per i quali vengono rilevate informazioni demografiche e di carattere sanitario. L'unità di rilevazione, coincidente con l'unità di analisi, è il singolo individuo deceduto. Il flusso delle schede di morte nazionale è raccolto dall'ISTAT e codificato secondo l'algoritmo Iris ([www.iris-institute.org](http://www.iris-institute.org)) in base alla *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, X Revision* (ICD-10) della World Health Organization (WHO). Il sistema Iris è in grado di analizzare l'intera sequela di cause di morte inserite nel certificato e di individuarne quella *underlying*. È inoltre ottimizzato per migliorare la comparabilità internazionale identificando criteri comuni di codifica a partire da regole fornite dalla WHO alla base del sistema di codifica ICD-10. Conoscere il *timing* del decesso e la causa di morte di una donna che ha subito nella sua vita uno o più episodi di violenza potrebbe fornire importanti informazioni epidemiologiche sul fenomeno, utili anche in un'ottica di prevenzione sullo stato di salute di questa fascia di popolazione vulnerabile.

L'impossibilità, a oggi, di *linkare* CdM, SDO ed EMUR non permette però di individuare la coorte di queste donne, rendendo al momento questa fonte di dati inutilizzabile in questo ambito.

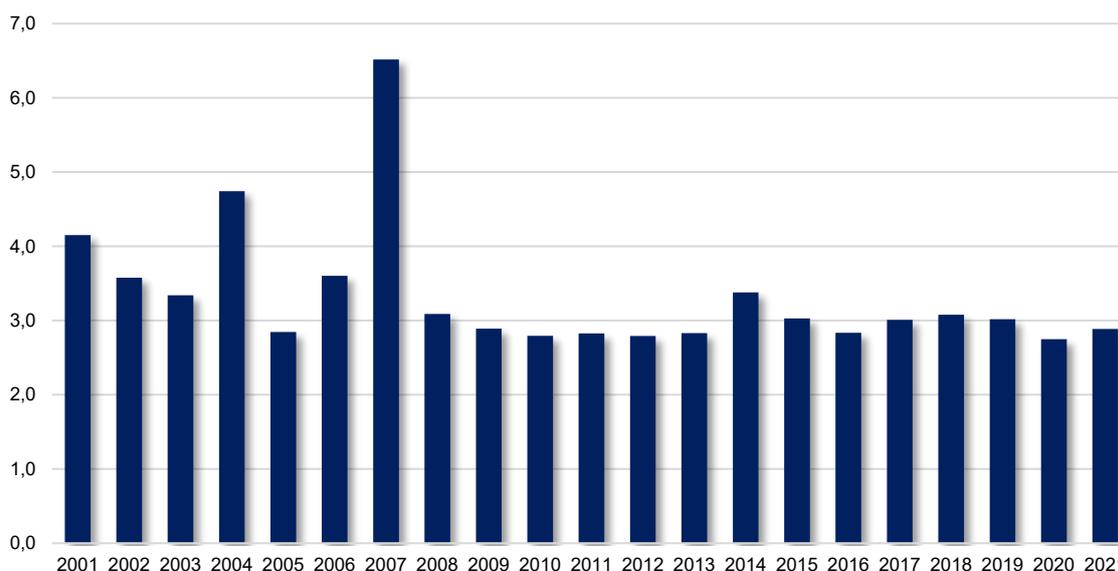
## Analisi esplorativa da SDO

La ricognizione e la disponibilità dei sistemi informativi correnti hanno portato a scegliere il database delle SDO per effettuare un'analisi esplorativa dei dati sulla violenza di genere e gli effetti a lungo termine. Il Servizio Tecnico-Scientifico di Statistica dell'ISS detiene e gestisce le SDO fornite dal Ministero della Salute e a oggi colleziona una serie storica ventennale a partire dall'anno di dimissione 2001. In questa banca dati sono stati selezionati i ricoveri relativi alle sole donne con i codici di diagnosi associati a una violenza subita dalla donna. Nella Tabella 1 sono elencati i codici selezionati nella diagnosi principale o secondaria. Sono state inoltre selezionate le SDO con valorizzato il campo *trauma=4* indicante la presenza di un traumatismo provocato da violenza altrui. Le analisi sono state fatte su tutte le annualità disponibili ovvero nell'intero periodo 2001-2021. Occorre sottolineare come nel corso di questi 20 anni il flusso SDO è via via migliorato nella sua completezza e accuratezza. Nel 2010 è stata introdotta la nuova SDO, con un aumento delle informazioni contenute. Il sempre maggiore utilizzo di questa banca dati per fini di monitoraggio delle qualità dell'assistenza ha inoltre permesso un miglioramento nell'accuratezza e completezza del flusso. La scelta di considerare comunque l'intero periodo è

giustificata dal fatto di ricercare gli effetti a lungo termine e di verificare la fattibilità di tale analisi. Sono stati selezionati in tutto 40.508 ricoveri. Nella Figura 1 viene mostrata l'incidenza dei ricoveri per violenza per 10.000 dei ricoveri femminili.

**Tabella 1. Codici diagnosi selezionati per individuare un ricovero per violenza subita (2001-2021)**

Diagnosi principale o secondaria	codice ICD-9 CM
Sindrome del bambino maltrattato	995.5
Maltrattamento di adulto	995.80
Sindrome dell'adulto maltrattato	995.81
Abuso emotivo/psicologico di adulto	995.82
Abuso sessuale di adulto	995.83
Trascuratezza di adulto	995.84
Altri abusi e trascuratezze di adulto	995.85
Anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica	V15.41
Anamnesi personale di trauma psichico da violenza emotiva	V15.42
Abuso da parte del coniuge o del partner	V61.11
Abuso sul coniuge o sul partner	V61.12
Maltrattamento del bambino	V61.21
Abuso sul bambino da parte del genitore	V61.22
Osservazione successiva ad asserita violenza carnale o seduzione	V71.5
Osservazione successiva ad altra lesione volontaria	V71.6
Osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza	V71.81



**Figura 1. Incidenza ricoveri per violenza per 10.000 ricoveri femminili.**  
**Fonte: Elaborazioni ISS su dati Ministero della Salute-SDO**

Il valore varia da un massimo registrato nel 2007 pari a 6,5 ricoveri e diminuisce nell'ultimo decennio.

Dalla Tabella 2 emerge come il 76,3% dei casi presenta un trauma inflitto da un'altra persona, l'8,3% un codice relativo a un'osservazione successiva a un episodio di violenza. La presenza di più codici di diagnosi fa sì che essi possano essere concomitanti in uno stesso ricovero.

**Tabella 2. Tipo di ricovero di violenza (2001-2021)**

Selezione	n	%
Sindrome del bambino maltrattato	3161	7,8
Maltrattamento di adulto	2145	5,3
Anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica o emotiva	685	1,7
Abuso coniuge o partner	231	0,6
Maltrattamento del bambino o abuso da parte del genitore	465	1,1
Osservazione successiva a violenza	3528	8,7
Trauma da lesione altrui	30906	76,3

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Ministero della Salute-SDO

Per poter seguire la storia ospedaliera della donna vittima di violenza è stato necessario selezionare soltanto le SDO con codice identificativo affidabile, giungendo a una numerosità pari a 39.040. In questo modo è stato anche possibile valutare l'occorrenza di re-ricoveri per violenza relativi a una stessa donna: il 4,6% delle donne subisce più di un ricovero per violenza nel corso del periodo analizzato (Tabella 3).

A questo punto sono state selezionate le donne ricoverate almeno una volta per violenza subita (n=36.556) e sono state analizzate le caratteristiche socio-demografiche desumibili dalle SDO.

Quasi il 70% delle donne ha un'età inferiore ai 55 anni e più del 16% è minorenni.

La quota di donne con cittadinanza non italiana è pari al 19,4% con il 10,8% rappresentato da cittadine di paesi a forte pressione migratoria (Tabella 4).

**Tabella 3. Ricorrenza ricoveri per violenza (2001-2021)**

Numero di ricoveri per violenza	n	%
1 solo ricovero	34876	95,4
2 ricoveri	1382	3,8
3 o più	298	0,8
<b>Totale donne</b>	<b>36556</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Ministero della Salute-SDO

**Tabella 4. Caratteristiche socio-demografiche delle donne ricoverate per violenza (2001-2021)**

Caratteristiche socio-demografiche	n	%
<b>Classe di età</b>		
0-17	5948	16,3
18-24	3416	9,3
25-34	6043	16,5
35-44	5740	15,7
45-54	4079	11,2
55-64	3136	8,6
65-74	3193	8,7
75+	5001	13,7
<b>Cittadinanza</b>		
Italiana	29453	80,6
Paesi sviluppo avanzato	449	1,2
Europa dell'Est	2525	6,9
Paesi forte pressione migratoria	3933	10,8
Non conosciuta	196	0,5

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Ministero della Salute-SDO

L'individuazione della coorte di donne che hanno un ricovero ospedaliero riconducibile a un episodio di violenza, la sua descrizione ma soprattutto l'analisi della successiva storia ospedaliera di queste donne, potrebbe mettere in luce la possibile correlazione con uno stato di salute differenziale rispetto a una coorte di controllo.

In primo luogo si potrebbero valutare gli effetti a breve/medio termine sulla salute mentale come ad esempio un eccesso di re-ricoveri per disturbo post-traumatico da stress e/o depressione e, più a lungo termine, la maggiore insorgenza di determinate patologie non trasmissibili.

## Violenza subita e tumori

Le evidenze scientifiche hanno identificato diversi meccanismi per spiegare la relazione tra violenza contro le donne e cancro, mettendo innanzitutto in evidenza l'importanza del ruolo dello screening oncologico.

I test di screening, in particolare esami del seno, mammografie e pap-test, possono essere percepiti come invasivi e ri-traumatizzanti per le vittime di abusi (Farley *et al.*, 2002; Robohm & Bottenheim, 1997; Watson, 2016), in particolare di quelli sessuali.

Le donne vittime di violenza potrebbero quindi avere meno accesso a questo servizio con conseguenze negative dal punto di vista della diagnosi precoce e dell'esito della malattia.

In secondo luogo è dimostrato come sia più probabile che le donne vittime di violenza possano avere stili di vita malsani, con uso di droghe e alcol (Gerber *et al.*, 2005), comportamenti sessuali a rischio e uso incoerente del preservativo (Coker, 2007).

In terzo luogo la comunità scientifica ha cercato di dimostrare come i meccanismi biologici, in primo luogo quelli legati allo stress, sono alla base dell'elevato tasso di malattie croniche osservato tra le donne vittime di violenza, in quanto i bambini e gli adulti esposti alla violenza presentano livelli elevati di proteina C-reattiva, un bio-marcatore dell'infiammazione (Broyles *et al.*, 2012; Heath *et al.*, 2013; Out *et al.*, 2012).

Analizzare questo legame non è banale, come in generale tutte le analisi sugli effetti a lungo termine.

Nel corso della vita, e con l'aumentare della finestra temporale tra un evento e l'altro, i fattori che possono influenzare lo stato di salute individuale sono molteplici e spesso combinati tra loro.

Qualche risultato significativo è stato pubblicato sull'associazione tra violenza subita e tumore alla cervice; tuttavia la casistica numericamente limitata ha portato a intervalli di confidenza ampi e la comunità scientifica stimola la conduzione di studi su altri tipi di tumori, ad esempio quello alla mammella (Reingle Gonzalez, 2018).

Il carcinoma della mammella è il tumore maggiormente diagnosticato nella popolazione femminile italiana, con una incidenza stimata pari a 55.000 nuove diagnosi nel 2020 (AIOM *et al.*, 2022). I fattori di rischio sono molteplici: legati allo stile di vita, alle esperienze riproduttive, alla familiarità ed ereditarietà.

L'aver subito un episodio di violenza può avere un nesso nell'insorgenza del tumore? Le donne vittime di violenza possono avere un accesso a diagnosi e cura differenziale? I livelli di sopravvivenza al tumore al seno diversi tra donne vittime di violenza e popolazione femminile generale? Rispondere a queste domande non è facile: come abbiamo visto sarebbe auspicabile utilizzare dati provenienti da più fonti informative, in modo tale da ricostruire nella maniera più completa possibile lo stato di salute delle donne e i livelli di sopravvivenza. Al momento quindi non è stato possibile effettuare questo tipo di analisi, ma si è cercato di identificare una coorte d'interesse a titolo puramente esplorativo.

L'approccio utilizzato è di tipo retrospettivo; sono stati selezionati dalle SDO i ricoveri con diagnosi principale o secondaria ICD-9 CM 174 (tumori maligni della mammella nella donna) e ricostruiti i pregressi ricoveri legati a episodi di violenza, come precedentemente descritti.

Per validare il dato è stata innanzitutto stimata l'incidenza del tumore della mammella, selezionando il primo ricovero di una donna con questa diagnosi principale o secondaria al netto dei dieci anni precedenti nel periodo 2012-2021.

Precedenti studi dimostrano come le SDO sono una fonte di dati attendibile per intercettare questa patologia (Yuen, 2011; Abraham 2018).

Nella Tabella 5 è riportato il numero dei primi ricoveri con questa diagnosi, che rapportato alla popolazione femminile residente in Italia ci fornisce una stima dell'incidenza di tale patologia. I valori trovati, leggermente inferiori (come previsto) a quelli riportati dal registro dei tumori, che effettua una sorveglianza di tipo attivo, confermano la consistenza del metodo utilizzato.

**Tabella 5. Tumore alla mammella e violenza sulla popolazione femminile**

Anno	Prima diagnosi di tumore alla mammella	Residente in Italia*	Stima incidenza tumore alla mammella (%)	Prima diagnosi di tumore alla mammella e precedente ricovero per violenza
2012	53887	31014838	0,17	37
2013	54408	31083410	0,18	39
2014	54010	31104396	0,17	36
2015	54342	31067182	0,17	31
2016	55640	30970668	0,18	45
2017	55032	30888080	0,18	38
2018	54578	30781300	0,18	43
2019	52647	30685478	0,17	38
2020	48477	30591392	0,16	33
2021	54803	30369987	0,18	40
<b>Totale</b>	<b>537824</b>	<b>308556731</b>	<b>0,17</b>	<b>380</b>
<b>Età media alla diagnosi (DS)</b>			<b>62,6 (14,2)</b>	<b>54,0 (16,2)</b>

\*Fonte ISTAT; DS=Deviazione Standard

Per tutte le donne con diagnosi incidente di tumore sono state analizzate le ospedalizzazioni precedenti alla ricerca dei ricoveri per violenza individuando 380 donne che hanno un ricovero per violenza subita precedente a quello con diagnosi di tumore alla mammella.

Analizzando l'età media alla diagnosi dei due gruppi si nota come le donne vittime di violenza sviluppano il tumore in media 8 anni prima ( $p\text{-value}<0,001$ ) rispetto alla popolazione generale. Questo risultato è però sicuramente viziato dalla selezione a priori delle donne vittime di violenza, che hanno un'età media di base inferiore rispetto a quella delle donne con tumore (41,6 anni vs 62,6 anni).

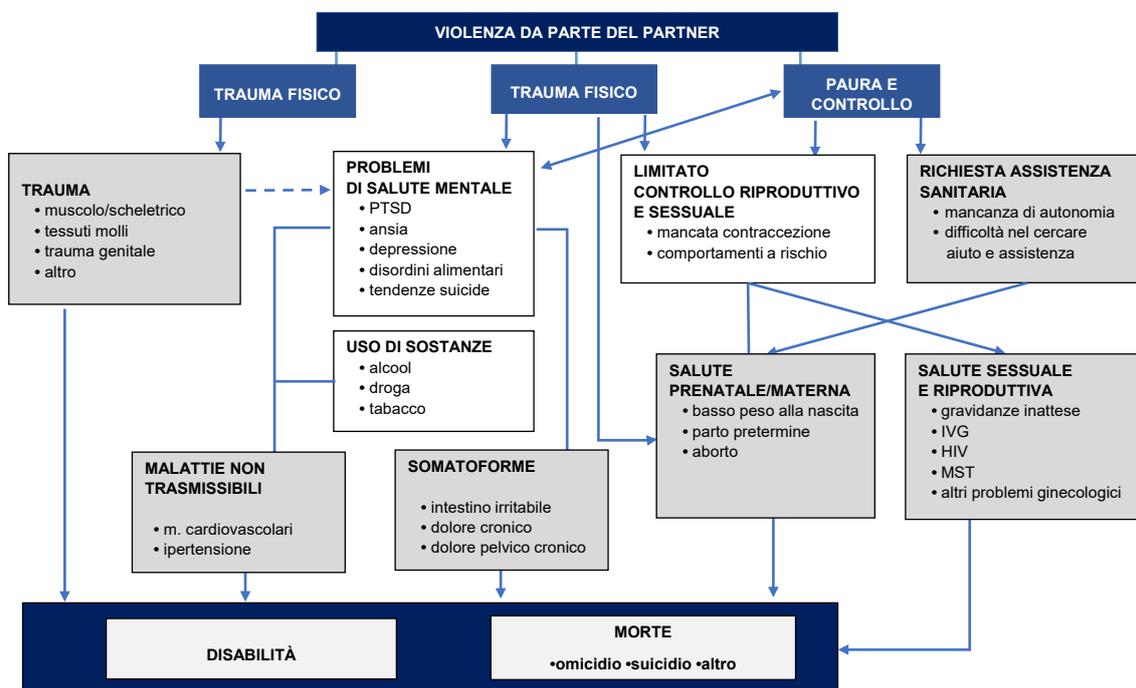
Per poter ragionare sulle possibili relazioni tra violenza subita e sviluppo di tumori occorre individuare un adeguato gruppo di controllo e svolgere analisi statistiche multivariate che tengano conto dei possibili fattori di rischio e di confondimento che intercorrono nella relazione dei due eventi in analisi.

## Effetti a lungo termine secondo la WHO

Le Nazioni Unite definiscono la violenza contro le donne come “qualsiasi atto di violenza fondata sul genere che comporti, o abbia probabilità di comportare, sofferenze o danni fisici, sessuali o mentali per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che si verifichi nella sfera pubblica che in quella privata” (*United Nations General Assembly*, 1993).

La stessa WHO cerca di analizzare la relazione tra esposizione alla violenza ed effetti sulla salute evidenziando come esistano percorsi intermedi per cui la violenza potrebbe aumentare la tendenza a un particolare comportamento a rischio e che il comportamento a rischio, a sua volta, aumenti la probabilità di un di un esito negativo per la salute.

Nella Figura 2 è riportato lo schema proposto dalla WHO per interpretare gli effetti sulla salute della violenza inflitta.



**Figura 2. Modalità ed effetti sulla salute della violenza da parte del partner.**  
**Fonte: WHO, 2013, modificata dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica, Istituto Superiore di Sanità**

Secondo la WHO violenza da parte del partner e violenza sessuale provocano gravi danni di salute sia fisica sia mentale, a breve e a lungo termine, risultando in costi elevati dal punto di vista sociale ed economico.

Nello specifico, la violenza contro le donne può avere esiti fatali (omicidio o suicidio), comportare lesioni, gravidanze indesiderate, aborti indotti, problemi ginecologici e infezioni a trasmissione sessuale (tra queste lo *Human Immunodeficiency Virus*, HIV).

Può inoltre portare a problematiche di depressione, stress post-traumatico, problemi del sonno, disturbi dell'alimentazione, stress emotivo, che a loro volta si possono tradurre in cefalee, dolori alla schiena, dolori addominali, fibromialgia, disturbi gastrointestinali, mobilità limitata e cattive condizioni generali di salute.

I costi economici e sociali di queste numerose problematiche sono enormi, ricadendo a cascata non solo sulla vittima di violenza ma sull'intera comunità di cui è parte.

### **Global Burden of Disease**

Gli effetti a lungo termine della violenza di genere sono riconosciuti anche dal *Global Burden of Disease* (GBD) (GBD, 2020).

Questo sistema rappresenta un approccio di epidemiologia descrittiva globale che mira a quantificare la perdita di salute per molte patologie, infortuni e fattori di rischio, sia in termini di mortalità che di disabilità temporanea o permanente. Le informazioni raccolte sono strutturate in un database liberamente consultabile, dove ogni stima è fornita a livello globale e declinabile per Paese, età e sesso.

L'impatto sulla salute di oltre 300 patologie, 3000 sequele e oltre 80 fattori di rischio viene espresso in DALYs, *Disability Adjusted Life Years*, ovvero gli anni persi per disabilità o morte prematura rispetto a un ideale di vita vissuta in buona salute.

Modelli statistici alla base degli indicatori tentano di produrre delle stime confrontabili a livello globale. All'interno di questo strumento di analisi, l'*Intimate Partner Violence* (IPV, ovvero violenza da parte del partner) viene inserita come fattore di rischio che risulta essere al 19° posto tra i fattori di rischio di livello 2 per DALY a livello globale nel 2019. L'IPV è stata responsabile dell'11-0% (95% UI 0-1-24-0) dei DALY dovuti a disturbi depressivi e del 13-9% (7-2-21-6) dei DALY dovuti all'HIV nelle donne.

### **Considerazioni conclusive**

Il tema della violenza di genere è un tema ad alto impatto morale e le conseguenze devastanti che ne derivano in termini fisici e psicologici sono ormai tristemente note. La violenza ha effetti negativi a breve e a lungo termine, sulla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva della vittima.

Negli ultimi anni si sta ponendo sempre più attenzione sulle conseguenze a lungo termine sulla salute della donna, ma ancora pochi sono gli studi in grado di quantificarne l'entità e di descrivere compiutamente il meccanismo di insorgenza di alcune patologie che potrebbero essere associate a tale azione.

Dal punto di vista scientifico è quindi fondamentale riuscire a quantificare tali effetti a lungo termine; sono state infatti descritte le potenzialità che hanno i flussi di dati correnti e la criticità legata alla attuale impossibilità di linkare tali flussi per ricostruire la storia sanitaria delle donne vittime di violenza.

Oggi potrebbe aprirsi uno spiraglio grazie alla predisposizione dello schema di decreto previsto dal comma 1-bis dell'articolo 2-sexies del Codice in materia di protezione dei dati personali che, secondo finalità precise, permetterà al Ministero della Salute e ai suoi Enti vigilati (tra cui l'ISS) l'utilizzo dei dati sanitari su base individuale e la loro interconnessione.

Auspichiamo quindi che con il supporto normativo si possa colmare questa esigenza informativa e che si apra un tavolo multidisciplinare e inter-istituzionale centrato su tale tema.

## Bibliografia

- Abraham J, Montedori A, Serraino D, Orso M, Giovannini G, Scotti V, Granata A, Cozzolino F, Fusco M, Bidoli E. Accuracy of administrative databases in detecting primary breast cancer diagnoses: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8(7):e019264.
- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI), PASSI d'Argento e della Società Italiana di Anatomia Patologica e di Citologia Diagnostica (SIAPeC-IAP). 2022. *I numeri del cancro in Italia 2022*. Rodengo Saiano (BS): Intermedia Editore; 2022.
- Broyles ST, Staiano AE, Drazba KT, Gupta AK, Sothorn M, Katzmarzyk PT. Elevated c-reactive protein in children from risky neighborhoods: evidence for a stress pathway linking neighborhoods and inflammation in children. *Plos One* 2012;7(9):e45419.
- Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse* 2007;8(2):149-77.
- Farley M, Golding JM, Minkoff JR. Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? *Journal of Pharmacy Practice* 2002;51(10):827-31.
- GBD Diseases and injuries collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2020;396(10258):1204-22.
- Gerber MR, Ganz ML, Lichter E, Williams CM, McCloskey LA. Adverse health behaviors and the detection of partner violence by clinicians. *Archives of International Medicine* 2005;165(9):1016-21.
- Heath NM, Chesney SA, Gerhart JJ, Goldsmith RE, Luborsky JL, Stevens NR, Hobfoll SE. Interpersonal violence, PTSD, and inflammation: potential psychogenic pathways to higher C-reactive protein levels. *Cytokine* 2013;63(2):172-8.
- ISTAT. *Informazione sulla rilevazione: indagine su decessi e causa di morte*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/4216>; ultima consultazione 10 maggio 2023.
- Ministero della Salute. *FAQ – Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)*. Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/portale/p5\\_1\\_2.jsp?id=126&lingua=italiano](https://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?id=126&lingua=italiano); ultima consultazione 10 maggio 2023.
- Out D, Hall RJ, Granger DA, Page GG, Woods SG. Assessing salivary C-reactive protein: Longitudinal associations with systemic inflammation and cardiovascular disease risk in women exposed to intimate partner violence. *Brain, Behavior, and Immunity* 2012;26(4):543-51. doi: 10.1016/j.bbi.2012.01.019.
- Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (Ed.). Progetto REVAMP (REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum). *Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29).
- Reingle Gonzalez JM, Jetelina KK, Olague S, Wo JG. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Preventive Medicine* 2018;114:168-79.
- Robohm JS, Bутtenheim M. The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: A preliminary investigation. *Women & Health* 1997;24(3):59 -76.
- United Nations General Assembly. *The United Nations Declaration on the elimination of violence against Women*. New York: United Nations General Assembly; 1993. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>; ultima consultazione 5 aprile 2023.
- Watson VS. *Re-traumatization of sexual trauma in women's reproductive health care*. Knoxville: University of Tennessee; 2016. Disponibile all'indirizzo:

[https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2983&context=utk\\_chanhonoproj](https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2983&context=utk_chanhonoproj); ultima consultazione 5 aprile 2023.

WHO. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>; ultima consultazione 5 aprile 2023.

Yuen E, Louis D, Cisbani L, Rabinowitz C, De Palma R, Maio V, Leoni M, Grilli R. Using administrative data to identify and stage breast cancer cases: implications for assessing quality of care. *Tumori* 2011;97(4):428-35.

## AZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE PER IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

Liliana La Sala, Emanuele Caredda

*Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

Nel primo *World report on violence and health* del 2002 (Krug *et al.*, 2002), la World Health Organization (WHO) identifica la violenza contro le donne come un problema globale e come un problema di salute. Nella interessante prefazione di Nelson Mandela, si accosta la violenza esplicita del secolo 20°, con quella sottile, meno visibile, ma molto più diffusa, delle persone che sono sottoposte giorno dopo giorno a violenza, le donne, giovani e anziane, e i bambini, che dovrebbero essere protetti.

La violenza è presente globalmente, attraversa *democraticamente* tutti gli strati sociali e raggiunge circa una donna su tre, in tutte le parti del mondo. In Italia, le analisi condotte dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) hanno mostrato il medesimo andamento (ISTAT, 2014) con 125 omicidi di donne nel 2022, di cui 103 in ambito familiare/affettivo (Dipartimento della Pubblica Sicurezza, 2023). Il dato giornalistico di una donna uccisa ogni 3 giorni è fondato su tali dati.

### Violenza: un problema di salute pubblica

Nel 1996, la 49ª Assemblea Internazionale della Salute, nella Risoluzione (WHA, 1996) ha dichiarato la violenza un problema di salute pubblica urgente e crescente a livello globale, individuando le gravi conseguenze, sia a breve che a lungo termine, per la persona, per le famiglie, per le comunità, per le società e per i Paesi. Essa ha effetti dannosi non solo sulla salute delle persone che la subiscono, ma anche sull'accesso ai servizi e sull'assistenza sanitaria.

Il primo Report del 2002, ma anche tutti gli altri documenti usciti successivamente, ha messo l'accento su questo problema di salute pubblica.

La violenza è una piaga che tocca molti ambiti, ma il ruolo del Ministero della Salute è di concentrare l'attenzione sulla violenza contro le donne richiamando, in particolare, l'aspetto di salute pubblica che restituisce lo specifico punto di vista e la prospettiva di azione di questa Istituzione pubblica.

Un approccio di sanità pubblica, quindi, prevede una valutazione del contesto, l'individuazione dei soggetti e dei fattori di rischio, l'applicazione di misure a contrasto del fenomeno, cioè indirizzate alla cura degli effetti e, soprattutto, la prevenzione del fenomeno.

Il Ministero della Salute raccoglie questo approccio nell'affrontare il problema coinvolgendo numerosi ambiti tecnici, volti, soprattutto, alla valutazione del flusso dei dati disponibili nell'accesso ai percorsi di salute delle persone sopravvissute a violenza – si veda il capitolo dedicato – e, certamente, alle azioni di prevenzione (Ministero della Salute, 2022).

La pandemia da COVID-19 ha evidenziato gli aspetti sociali e culturali alla base del fenomeno.

Altri testi affrontano la crescita dei numeri della violenza che l'acuirsi di situazioni di isolamento (e la solitudine sociale) hanno determinato. Le dimensioni del fenomeno “violenza di genere” sono gigantesche e attraversano gli ambiti culturali, sociali (legati ai servizi), economici, psicologici, clinici e sanitari, ecc. L'approccio deve essere altrettanto trasversale e coinvolgere tutte le Istituzioni implicate, i servizi nel territorio, gli Enti del terzo settore, l'organizzazione dei

servizi, pubblici e privati, nell'ambito locale, fino alle e agli assistenti sociali dei comuni o dei consultori, fino al più remoto medico di medicina generale. L'aspetto di salute (multidimensionale), in un contesto interistituzionale e multi agenzia, è quello più specifico delle nostre azioni.

La pandemia, per quanto non abbia impedito la prosecuzione delle azioni, ha però limitato le attività, soprattutto del lavoro di rete e di monitoraggio. Tuttavia, la sensibilizzazione, alla promozione della salute e alla corretta informazione dei servizi disponibili hanno mantenuto alta l'attenzione rispetto al fenomeno della violenza contro le donne, assicurando il raccordo con analoghe iniziative di comunicazione a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Poster "Se sei vittima di violenza... non sei obbligata a rimanere a casa"), dell'ISTAT e dell'allora Dipartimento Pari Opportunità del Governo italiano.

## Violenza e prevenzione

Uno *statement* ripetuto all'interno del *World report on violence and health* della WHO è che la violenza può essere prevenuta e il suo impatto può essere ridotto, nello stesso modo in cui gli sforzi della sanità pubblica hanno prevenuto e ridotto le complicazioni legate alla gravidanza, gli infortuni sul lavoro, le malattie infettive e le malattie derivanti da cibo e acqua contaminati in molte parti del mondo (Krug *et al.*, 2002). Il fenomeno, infatti, è legato a fattori di atteggiamento e di comportamento o legati a condizioni sociali, economiche, politiche e culturali e possono essere modificati.

La sanità pubblica per definizione non è legata alla persona singola, ma ha l'obiettivo di trarre il massimo beneficio per il maggior numero di persone, con un sistema fortemente scientifico e multidisciplinare. La prevenzione è un ottimo esempio di questo approccio. Non si affronta il problema clinico/medico, ma quello epidemiologico, sociologico, psicologico/criminologico, economico, educativo. Si predilige l'azione collettiva e la collaborazione multidisciplinare.

Secondo quanto previsto dalla Convenzione di Istanbul<sup>6</sup> (Europa, 2011) che impegna gli Stati a porre in essere misure atte a garantire la prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, tra le misure di prevenzione (Cap. III) è inserita la specifica formazione per le figure professionali che si occupano delle vittime e degli autori di atti di violenza di genere e domestica (art. 15). L'azione di formazione degli operatori sanitari costituisce una priorità di azione, in stretta collaborazione con l'ISS, da diversi anni e tutt'ora in corso, grazie a una serie di Progetti finanziati nell'ambito dei Programmi del Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

In attuazione del Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020 (Dipartimento per le Pari Opportunità, 2021) con DPCM del 24 novembre 2017 (Italia, 2018) sono state adottate le linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza, con la denominazione "Percorso per le donne che subiscono violenza".

Il progetto di "Formazione a Distanza (FAD) per operatori sociosanitari dei Pronto Soccorso italiani, mirato alla prevenzione e al contrasto della violenza di genere" è stato finanziato dal Ministero della salute e sviluppato in collaborazione con l'ISS, con l'obiettivo di disporre sull'intero territorio nazionale di un Programma FAD, aggiornato e già sperimentato con un altro Progetto pilota nel biennio 2015-2017, rivolto agli operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso, al fine di consentire loro di intercettare e far emergere i casi di violenza e, quindi, attuare un più tempestivo e puntuale *management* della persona vittima di violenza di genere sulla base delle

<sup>6</sup> Ratificata dall'Italia con la Legge 27 giugno 2013, n. 77 (Italia, 2013)

linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza che prevedono il “Percorso per le donne che subiscono violenza” (DPCM 24 novembre 2017). Per far ciò nel 2020, è stato avviato, attraverso la piattaforma dedicata alla formazione a distanza in salute pubblica, EDUISS, gestita dall’ISS, il Corso FAD rivolto ai professionisti sanitari e agli assistenti sociali inquadrati nel Pronto Soccorso o che afferiscono a un determinato Pronto Soccorso. Il programma formativo è stato reso fruibile anche alle forze dell’ordine e ai referenti delle Procure per coloro che collaborano con i professionisti sanitari e con gli assistenti sociali impegnati nei Pronto Soccorso, al fine di attuare azioni di contrasto della violenza di genere e favorire la messa in sicurezza delle donne vittime di violenza ed eventualmente dei minori coinvolti.

L’apporto strategico del Corso FAD è stato quello di avere una copertura capillare sull’intero territorio nazionale e di aver erogato una formazione aggiornata, risultato di un lungo lavoro di integrazione delle conoscenze e competenze tecnico-scientifiche e comunicativo relazionali di docenti/esperti provenienti da differenti ambiti disciplinari impegnati da anni, nei propri territori regionali, ma anche a livello nazionale e sovranazionale, nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere.

Sempre in tema di formazione, in data 25 novembre 2021 sono iniziate le attività del Progetto CCM 2021 “Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e i minori, attraverso la formazione di operatrici e operatori di area sanitaria e socio-sanitaria con particolare riguardo agli effetti del COVID-19” – IPAZIA CCM 2021, a seguito dell’accordo di collaborazione siglato tra il Ministero della Salute e la Regione Toscana, capofila del progetto, che coinvolge, tra i partecipanti, l’ISS, l’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e altre cinque Regioni in rappresentanza di tutto il contesto nazionale: la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia per il Nord; l’Umbria e la Toscana, per il Centro; la Puglia e la Basilicata per il Sud. Occorre tener presente che il Pronto Soccorso è solo l’accesso all’interno di un percorso. Proprio per questa ragione, il nuovo progetto CCM 2021 intende allargare il target, estendendo la formazione a operatori e operatrici dei servizi socio-sanitari della rete di assistenza sanitaria territoriale: operatori di area sanitaria e socio-sanitaria di Pronto Soccorso e 118, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, assistenti sociali professionali, operatori di area sanitaria e socio-sanitaria dei SerD (servizi per il trattamento delle dipendenze), delle strutture residenziali e dei consultori.

## **Formazione dei professionisti a contatto con le mutilazioni genitali femminili**

In base all’art. 4 della Legge 7/2006 recante “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” (Italia, 2006), il Ministero della Salute ha emanato con il DM 17 dicembre 2007 le linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile, per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche (Ministero della Salute, 2008).

Un elemento importante della Legge 7/2006 è la previsione (art. 4, comma 2) di risorse finanziarie dedicate per la formazione del personale sanitario, per accrescere le conoscenze sul tema del diritto alla salute e sulla medicina transculturale, sulla delicatezza dell’approccio alla sessualità delle donne straniere, al loro corpo, alla maternità e alla salute in generale. Tali risorse vengono ripartite annualmente dal Ministero della Salute alle Regioni, perché possano disporre

di risorse utili a ottemperare a quanto stabilito dalla Legge 7/2006 e ad affrontare in maniera adeguata le numerose problematiche che la materia delle mutazioni genitali femminili presenta nei suoi molteplici aspetti, con l'obiettivo principale di mantenere un appropriato standard di intervento, superare le criticità rilevate e accrescere la capacità degli operatori sanitari italiani di interagire con le donne che hanno subito tale pratica e favorirne la riabilitazione (Ministero della Salute, 2020).

## Contesti particolari

Di particolare interesse sono quelle condizioni che necessitano di azioni di emersione nel contrasto della violenza contro donne vittime di discriminazione multipla: donne migranti, richiedenti asilo e rifugiate, donne disabili, o ancora rafforzare la prevenzione della recidiva di violenza, agendo sugli uomini autori di violenza e di reati relativi alla violenza contro le donne.

La Convenzione di Istanbul, infatti, prevede un approccio globale, che includa i Programmi per il recupero degli uomini maltrattanti, affermando che la tutela delle donne, e quindi la prevenzione della violenza di genere, sia attuata attraverso interventi di contrasto alla recidiva e, soprattutto, attraverso la rieducazione dell'autore del reato, ma anche, più in generale, attraverso azioni che operino un cambiamento culturale relativo ai modelli dominanti. La Legge 69 del 19 luglio 2019 (Italia, 2019), quella del cosiddetto Codice Rosso, ha previsto la "rieducazione" della persona condannata, determinando un incremento delle richieste di trattamento presso tutti i centri per autori di violenze, non senza alcuni problemi (tipologia di interventi, requisiti dei programmi, applicazione della normativa in modo omogeneo).

## Considerazioni conclusive

Aumentare il livello di consapevolezza nell'opinione pubblica e nel sistema educativo e formativo sulle radici strutturali, sulle cause e sulle conseguenze della violenza maschile sulle donne, promuovendo la destrutturazione degli stereotipi alla base della violenza, è il risultato culturale più promettente per la prevenzione del fenomeno.

Investire attraverso la formazione continua nel rafforzamento delle competenze delle figure professionali nel settore pubblico e privato che, a vario titolo, interagiscono con le donne vittime e con i minori nel percorso di prevenzione, sostegno e reinserimento consente un incremento delle competenze e delle conoscenze capaci di far emergere il fenomeno e incrociarlo il più precocemente possibile, individuare la persona a rischio, ancor prima che divenga vittima di violenza.

La violenza, in tutte le sue varie forme, fisica, sessuale, psicologica, economica, incide fortemente sulla salute della donna, nel breve e nel lungo termine, richiedendo interventi multidisciplinari e intersettoriali, nonché la stretta interconnessione tra istituzioni, enti di ricerca, servizi di area sanitaria e sociosanitaria, associazioni impegnate nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere. Gli effetti della violenza per altro si ripercuotono sul benessere dell'intera comunità, sull'efficacia dei servizi sociali e di salute. Sono proprio la formazione professionale aggiornata, continua e capillare del personale dei servizi, la protezione nell'ambito di un sistema di reti multi-agenzia e l'approccio di salute pubblica al fenomeno, dagli sforzi individuali e comunitari su piccola scala, fino alle iniziative politiche e legislative nazionali, gli strumenti fondamentali di prevenzione e di contrasto della violenza contro le donne.

## Bibliografia

- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Analisi Criminale. *Omicidi volontari*. Roma: Ministero dell'Interno; 2023.
- Dipartimento per le Pari Opportunità. *Piano strategico nazionale su la violenza maschile contro le donne 2017-2020*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.pariopportunita.gov.it/media/1953/piano-nazionale-violenza-2017-2020.pdf>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- Europa. Consiglio d'Europa. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica dell'11 maggio 2011 (Istanbul). Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa n. 210. Strasburgo: Consiglio d'Europa; 2011. Disponibile all'indirizzo: <https://rm.coe.int/16806b0686>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- ISTAT. (Istituto Nazionale di Statistica). *Il numero delle vittime e le forme della violenza*. Roma: ISTAT; 2014. Disponibile all'indirizzo <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>; ultima consultazione 31 marzo 2023; ultima consultazione 4 maggio 2023.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017. Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. (18A00520). *Gazzetta Ufficiale*, Serie Generale, n. 24 del 30 gennaio 2018.
- Italia. Legge 27 giugno 2013, n. 77. Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011. (13G00122). *Gazzetta Ufficiale*, Serie Generale, n. 152 del 1° luglio 2013.
- Italia. Legge 69 del 19 luglio 2019. Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere. (19G00076). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 173 del 25 luglio 2019.
- Italia. Legge 9 gennaio 2006, n. 7. Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 14 del 18 gennaio 2006.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponibile all'indirizzo: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf); ultima consultazione 31 marzo 2023.
- Ministero della Salute. *Conferenza Nazionale "Salute globale per la tutela delle donne: è possibile eradicare le MGF?"* Roma: Ministero della Salute; 2020. p. 1-5. Disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_4051\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_4051_0_file.pdf); ultima consultazione 31 marzo 2023.
- Ministero della Salute. Decreto 17 dicembre 2007. Linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche. *Gazzetta Ufficiale*, Serie Generale, n. 71 del 25 marzo 2008, Suppl. Ordinario n. 70.
- WHA. World Health Assembly. *Forty-ninth World Health Assembly*. Geneva: WHA; 1996. (WHA49.25 Agenda item 30.2; 25 May 1996). p. 1-2. Disponibile all'indirizzo: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49\\_R25\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49_R25_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y); ultima consultazione 31 marzo 2023.

# FORMAZIONE DELLE OPERATRICI E DEGLI OPERATORI PER LA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE

Anna Colucci (a), Donatella Barbina (b), Pietro Carbone (b), Anna D'Agostini(a), Rosa Dalla Torre (a), Alessandra Di Pucchio (b), Emanuele Fanales Belasio (a), Ughetta Favazzi (b), Debora Guerrera (b), Francesca Molinaro (b), Federica Maria Regini (b), Matteo Schwarz (a), Andrea Vittozzi (c), Alfonso Mazzaccara (b)

(a) *Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Servizio Formazione, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Servizio Coordinamento e Supporto alla Ricerca, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

## Introduzione

La violenza su donne e minori, nel nostro Paese come nel resto del mondo, rappresenta un fenomeno grave e diffuso, con conseguenze (nel breve, medio e lungo termine) che incidono fortemente sulla salute psicofisica delle persone coinvolte e di chi vi assiste.

Come segnala la World Health Organization (WHO), la violenza di genere rappresenta un problema di salute di proporzioni globali enormi (WHO, 2018). Inoltre, la pandemia da SARS-CoV-2 ha portato a un drammatico aumento degli episodi di violenza contro le donne, in particolare di violenza domestica (WHO, 2020; UN Women, 2020).

I Pronto Soccorso degli ospedali rappresentano i contesti ai quali le donne vittime di violenza si indirizzano, con maggiore frequenza, quando decidono di chiedere aiuto o quando la gravità della violenza subita richiede l'intervento tempestivo del personale sanitario (ISTAT, 2023). Operatrici e operatori si trovano, inoltre, a dover rispondere a una domanda di aiuto non sempre chiaramente esplicitata, fornire cure e assistenza, orientare la vittima di violenza verso i servizi e le strutture di volontariato presenti sul territorio.

In questo scenario è emersa con forza la necessità di attivare percorsi di formazione e aggiornamento dedicati ai diversi professionisti ai quali si rivolgono le donne che subiscono violenza; nello specifico al personale dei Pronto Soccorso, che generalmente costituiscono il primo accesso della vittima di violenza a una struttura sanitaria (ISTAT, 2023).

Per rispondere a tale necessità il Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio 9 Tutela della salute della donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle disuguaglianze) a partire dal Programma CCM 2014 ha promosso e finanziato specifici progetti riguardanti la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario e socio-sanitario.

All'interno di tre successivi progetti CCM, l'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento Malattie Infettive e il Servizio Formazione della Presidenza dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nell'arco temporale 2015-2022, hanno realizzato percorsi formativi a distanza (FAD), *blended* e in presenza, basati su approcci didattici attivi, appropriati al target costituito da professionisti della salute, come il *Problem-Based Learning* (PBL). In questi progetti CCM di formazione l'ISS è stato coinvolto sia come coordinatore che come partner:

- CCM 2014 “Programma di formazione blended per operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di

genere” che ha coinvolto 5 Regioni (Lombardia, Toscana, Lazio, Campania, Sicilia) e 28 Pronto Soccorso con il coordinamento scientifico dell’ISS, con:

- *Primo percorso formativo blended*: “Corso FAD Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali e attività di formazione residenziale sul territorio” (I edizione);
- CCM 2019 “Implementazione di un programma di formazione a distanza (FAD) per operatori sociosanitari dei Pronto Soccorso italiani, mirato alla prevenzione e al contrasto della violenza di genere” che ha previsto un ampliamento della formazione sull’intero territorio nazionale, con.
  - *Secondo percorso formativo FAD*: “Corso FAD Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali” (II edizione).
- CCM 2021 “Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e i minori, attraverso la formazione di operatrici e operatori di area sanitaria e sociosanitaria con particolare riguardo agli effetti del COVID-19” (noto come #IpaziaCCM2021), coordinato dalla Regione Toscana (Azienda USL Sud Est Toscana), con:
  - *Terzo percorso formativo FAD*: “Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e della violenza assistita nei contesti territoriali” (corso per operatrici e operatori di area sanitaria e socio-sanitaria).
  - *Corsi residenziali*: “Il Problem Based Learning nella formazione continua in sanità pubblica per lo sviluppo delle competenze: ruolo, funzioni e compiti del Facilitatore dell’apprendimento”.

Il presente lavoro descrive i risultati conseguiti nei differenti percorsi formativi rivolti al personale dei Pronto Soccorso e dei Servizi del territorio impegnati nella risposta ai bisogni di salute e di protezione espressi dalle donne vittime di violenza.

## Metodologia

Tutti i percorsi formativi, nelle loro diverse declinazioni, sono stati progettati sulla base di metodi didattici ispirati ai principi dell’andragogia, come il PBL, dove il/la partecipante è parte attiva del processo di apprendimento e può contestualizzare quanto apprende nel suo ambito lavorativo (Barrows & Tamblin, 1980). Il PBL stimola i partecipanti ad “imparare a imparare” risolvendo problemi del mondo reale che riflettono il loro contesto lavorativo (Schmidt *et al.*, 2011).

Nelle componenti residenziali il PBL è stato riprodotto nella sua forma originaria, ovvero i partecipanti sono stati divisi in piccoli gruppi con un facilitatore. I gruppi, attraverso un ciclo composto da “sette passi”, hanno analizzato un problema ispirato alla loro realtà lavorativa, ipotizzato i propri obiettivi di apprendimento e ricercato i materiali di studio per costruire una soluzione al problema stesso.

Nelle componenti a distanza, erogati attraverso la piattaforma EDUISS dell’ISS (<https://www.eduiss.it>), il ciclo PBL è stato riprodotto utilizzando gli strumenti più avanzati offerti dal *Learning Management System* (LMS) in uso, secondo i diversi modelli che l’ISS ha sperimentato a partire dal 2004 (Barbina *et al.*, 2017). Nei corsi a media interazione, come nel caso del primo percorso FAD (destinato a un numero contenuto di partecipanti), è stato introdotto un forum con tutoraggio, che ha permesso ai partecipanti di condividere le proprie esperienze lavorative. Nelle esperienze FAD successive è stato adottato un modello a bassa interattività (asincrono) dove non erano previste attività interattive e/o tutoraggio, essendo destinati a migliaia

di iscritti. In questo caso i partecipanti hanno lavorato in totale autonomia e seguito comunque i 7 passi del PBL fruendo in sequenza delle diverse risorse didattiche.

Nel terzo percorso FAD è stato associato al PBL, quale base metodologica per collegare la teoria alla pratica, il modello *Competency Based Education* (CBE) proposto dalla WHO (WHO, 2022), che si basa sui risultati (*outcomes-based approach*). Il PBL e il CBE hanno diversi punti di integrazione: centratura sul partecipante; focus su competenze e *skill* da sviluppare e da trasferire nella pratica; spazio per la personalizzazione degli apprendimenti. Il CBE, che si focalizza sulla capacità di raggiungere obiettivi di apprendimento in relazione al contesto lavorativo o alla pratica sanitaria richiesta, è considerato un mezzo efficace per allineare risultati ai bisogni di salute.

L'integrazione del CBE, che è ancora in fase di sperimentazione anche in altri contesti formativi dell'ISS (Barbina *et al.*, 2022), nel terzo corso FAD è stato collegato ad alcune domande del questionario di percezione della ricaduta formativa. Gli *outcomes*, in sostanza, sono stati valutati, oltre che attraverso i tradizionali questionari a risposta multipla per la valutazione delle conoscenze, anche sulla base di quanto percepito dai partecipanti.

## Risultati

### CCM 2014: primo percorso formativo *blended*

Il primo percorso formativo *blended* “Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali” ha permesso di definire una strategia innovativa ed efficace di formazione per gli operatori sociosanitari dei Pronto Soccorso relativamente alla gestione dei casi di violenza di genere. Il miglioramento osservato nel periodo successivo al corso di formazione, evidenziato dall'attribuzione di adeguati codici di diagnosi e dalla più efficace gestione dei casi di violenza di genere è probabilmente dovuto anche ad alla maggiore consapevolezza e competenza acquisita da parte dei professionisti dei Pronto Soccorso che hanno avuto accesso al corso.

Il Progetto risultava infatti specificamente orientato ad offrire una sistematica e omogenea formazione agli operatori socio-sanitari di 28 Pronto Soccorso presenti in 4 Regioni italiane (Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia). Gli obiettivi del progetto erano pertanto di:

- accrescere le capacità di individuazione, diagnosi, gestione e trattamento della violenza di genere;
- rafforzare o costituire reti territoriali multidisciplinari in contrasto alla violenza di genere;
- valutare nei 6 mesi pre e post formazione l'efficacia dell'intervento formativo analizzando il numero dei casi riscontrati;
- individuare, in rete con altri servizi territoriali, con altri settori disciplinari e con i centri anti-violenza, uno strumento di identificazione e valutazione del rischio di re-vittimizzazione.

Il Progetto si è proposto, pertanto, di definire e sperimentare uno strumento didattico-formativo quale modello e punto di partenza per una successiva implementazione, nei Pronto Soccorso presenti su tutto il territorio italiano, di protocolli operativi basati su evidenze scientifiche e delle reti di collaborazione interdisciplinari per l'identificazione e nella gestione dei casi di violenza.

Il principale strumento didattico-formativo messo a punto nell'ambito del progetto è stato un corso FAD. Il corso è stato erogato sulla piattaforma EDUISS dell'ISS dal 15 dicembre 2015 al 15 giugno 2016, dopo una fase in cui sono stati svolti incontri di sensibilizzazione e corsi in

presenza con operatrici e operatori dei 28 Pronto Soccorso presenti nelle Regioni (Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia) coinvolte nel Progetto.

Il corso FAD, a media interazione, è stato articolato in 32 ore per 2000 operatori sanitari, socio-sanitari e altri professionisti dei Pronto Soccorso previsti dal Progetto CCM.

In particolare, le tematiche proposte nell'ambito del corso FAD, articolato in due unità didattiche che includevano ciascuna quattro obiettivi specifici, risultavano relative all'epidemiologia e alla caratterizzazione della violenza di genere, agli effetti sanitari e psico-sociali sulle vittime e i minori, alle procedure di accoglienza e alle strategie di comunicazione, alle procedure di gestione clinica e corretta codificazione dei casi, alle implicazioni legali e normative della violenza di genere e alla necessità di costruire e rinforzare reti territoriali includenti le forze dell'ordine, i magistrati competenti, i centri anti-violenza e le altre strutture di supporto alle vittime.

Sono stati forniti 48 crediti per tutte le professioni sanitarie – Educazione Continua in Medicina (ECM).

Obiettivi generali: diagnosticare e trattare i casi di violenza di genere; attivare/rafforzare reti territoriali multidisciplinari anti-violenza e collaborare con figure non sanitarie coinvolte nella tematica della violenza di genere; individuare e valutare il rischio di re-vittimizzazione e di escalation per le persone riconosciute vittime di violenza.

L'intero percorso *blended* (Formazione A Distanza, FAD e incontri *de visu*) è stato portato a termine da 636 professionisti, pari al 73,3% di coloro i quali si erano iscritti (868). Si tratta per il 71,0% di personale di sesso femminile; l'età mediana è di 47 anni sia per i maschi, sia per le femmine.

La figura professionale preminente è quella dell'infermiera/e con 398 consisti/e pari al 62,6% dell'intero gruppo di partecipanti e la figura del medico con 175 partecipanti (27,7%).

Le altre figure professionali sono ostetrica/o (6,1%), psicologa/o (0,9%), tecnici della riabilitazione (0,8%). Il percorso *blended* è stato seguito da 10 assistenti sociali. La proposta formativa ha trovato anche l'interesse di rappresentanti delle Forze dell'ordine, coinvolti nel contrasto alla violenza di genere.

Al termine del percorso *blended* è stata effettuata la valutazione, pre e post-formazione relativamente alla capacità di identificare e assistere correttamente i casi di violenza di genere, giunti all'osservazione nei Pronto Soccorso partecipanti, in un periodo-indice di 6 mesi prima e dopo il termine della formazione.

A tal fine è stata elaborata una scheda per la raccolta sistematica dei dati relativi a tutti gli accessi in Pronto Soccorso riguardanti le donne di età  $\geq 14$  anni, nel periodo 1° luglio-31 dicembre 2014.

La medesima rilevazione è stata eseguita per il semestre 1° luglio – 31 dicembre 2016, evidenziando nel periodo post-formazione un aumento della capacità degli operatori di individuazione dei casi.

Il tasso di accesso per violenza, calcolato rapportando i casi registrati al numero totale di accessi delle donne che si sono recate in Pronto Soccorso per trauma o per violenza (30.591 nel 2014 e 30.388 nel 2016) è stato pari a 10,8 per 10.000 e 19,4 per 10.000 rispettivamente nel 2014 e 2016. È stato, quindi, osservato, a due anni di distanza, un aumento dei casi registrati pari all'80%.

Riguardo al codice *triage* attribuito all'accesso è interessante osservare come siano aumentati nel 2016 in modo consistente i casi considerati urgenti.

Per quanto concerne le caratteristiche socio-demografiche della donna, si osserva un incremento notevole, nel periodo post formazione, dei casi di violenza accertati tra le donne italiane (110%). Aumento che nel caso di donne con cittadinanza straniera è più contenuto (37%), ma comunque presente.

Si rileva, quindi, una maggiore capacità di identificazione dei casi di violenza nel periodo post-formazione, dimostrando una più spiccata sensibilizzazione alla problematica da parte dei 636 partecipanti coinvolti nel percorso *blended* (Colucci *et al.*, 2019).

### **CCM 2019: secondo percorso formativo a distanza**

I risultati conseguiti nel primo percorso formativo del CCM 2014, in termini di metodologie e di strumenti messi a punto, di numerosità degli operatori formati, nonché di un reale incremento della capacità di effettuare diagnosi e presa in carico della donna vittima di violenza, hanno portato ad estendere esclusivamente il pacchetto didattico-formativo FAD a tutti i Pronto Soccorso presenti sull'intero territorio nazionale.

Questo secondo percorso formativo FAD, erogato dal 29 gennaio al 29 settembre 2020, asincrono di 32 ore, è stato rivolto a 20.000 operatrici e operatori sanitari, socio-sanitari e di altre differenti professionalità afferenti a tutti i Pronto Soccorso italiani.

Sono stati assegnati 32 crediti per tutte le professioni sanitarie ECM e per gli/le Assistenti sociali. Obiettivi generali: favorire la piena applicazione delle “Linee Guida Nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”; accrescere le capacità delle operatrici e degli operatori dei Pronto Soccorso di individuazione, diagnosi, gestione e trattamento della violenza di genere; prevenire i casi di re-vittimizzazione; favorire la costituzione di reti tra i Pronto Soccorso e, laddove possibile, tra questi e le strutture sociosanitarie e di volontariato presenti sul territorio, al fine di coordinare, ottimizzare e diffondere le strategie di intervento.

In otto mesi di erogazione del corso FAD sono stati coinvolti complessivamente 26.347 professionisti, di questi il 67% (pari a 17.637) ha terminato con successo il corso. L'età mediana dei partecipanti è di 45,9 anni e, per il 73% si tratta di donne. Le principali figure professionali che hanno portato a termine il corso FAD sono nell'ordine: infermiera/e (45,7%), medici (13,7%), ostetrica/o/che (6,1%), psicologa/o (4,5%). Le professioni tecnico/sanitarie, afferenti alle aree della riabilitazione, dell'assistenza, della prevenzione e della diagnostica, considerate nel loro insieme, hanno coperto una percentuale pari al 24,6% di tutta la platea che ha completato il corso.

Tra i professionisti non sanitari, gli assistenti sociali sono 635 ai quali si aggiungono 72 partecipanti delle Forze dell'ordine e dell'area legale, venendo a costituire complessivamente il 4% di tutti coloro che hanno seguito l'intero programma formativo dall'inizio alla fine.

Dei 651 Pronto Soccorso presenti su tutto il territorio nazionale, 642 hanno preso parte al corso FAD, di questi il 97,7% ha avuto almeno un dipendente/professionista che ha terminato con successo l'intero programma formativo FAD.

### **CCM 2021: percorsi formativi *blended***

Il progetto CCM 2021 IPAZIA prevedeva percorsi formativi con componente FAD e formazione residenziale. Il progetto, ancora in corso, ha la finalità generale di mettere a punto e sperimentare un modello formativo, basato sulla metodologia del *Problem Based Learning – competence oriented*, in grado di integrare un percorso FAD rivolto al personale dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali per la violenza contro le donne e contro i minori e un percorso di formazione residenziale per la formazione dei facilitatori e dei formatori che, a loro volta, potranno trasmettere in maniera capillare le competenze acquisite al personale socio-sanitario.

Il corso FAD del Progetto, asincrono di 16 ore, erogato nel periodo 20 luglio-20 dicembre 2022, è stato reso disponibile per 20.000 partecipanti provenienti dai territori di 7 strutture progettuali (Azienda USL Toscana Sud Est; Istituto Nazionale per la promozione della salute

delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà – INMP; Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano; ASL Friuli Occidentale; USL Umbria 1; ASL Lecce; ASL Matera – ASM). Sono stati assegnati 16 crediti per tutte le professioni sanitarie ECM e per gli Assistenti sociali. Obiettivi generali: identificare strumenti e strategie per l'individuazione e gestione dei casi di violenza sul territorio; riconoscere il ruolo e gli elementi costitutivi delle reti territoriali. In questo corso al PBL è stato associato il modello basato sulle competenze (WHO, 2022).

Il corso ha registrato 4.361 iscritti. 81% di genere femminile e 19% di genere maschile.

L'età media dei partecipanti è di 46,2 anni. I partecipanti attivi (ovvero gli iscritti che hanno svolto almeno una risorsa/attività nel corso) sono stati 3.321 e di questi ultimi 2.346 hanno completato con successo il percorso FAD (*completer*); complessivamente quindi il tasso di completamento corso sui partecipanti attivi è stato pari al 70,6%. Su 2.346 completers l'82% appartiene al genere femminile. In dettaglio, dei 2.346, che ha effettuato l'intero percorso FAD con successo, ci sono: 92 Assistenti sociali, 153 afferenti alla categoria OSS e 1.896 professionisti ECM. Le principali figure professionali ECM che hanno portato a termine il Corso FAD sono nell'ordine: infermiere/a (51,9%), medici (11,4%), ostetrica/o (9,6%), psicologa/o (6,6%). Le professioni tecnico/sanitarie, afferenti alle aree della riabilitazione, dell'assistenza, della prevenzione e della diagnostica, considerate nel loro insieme, hanno coperto una percentuale pari al 18,8% di tutta la platea che ha completato il corso.

Interessante il dato emerso sull'incremento delle conoscenze da parte dei 2.521 partecipanti che hanno svolto almeno un tentativo nei due test formativi proposti nel corso: il pre-test di ingresso al corso e post-test di autovalutazione che precedeva la prova finale certificativa. Nel pre-test la percentuale media di risposte esatte è stata pari al 74%, mentre nel post-test è salita all'82%, evidenziando un incremento medio di conoscenze (in questo sottogruppo di partecipanti) pari all'8%.

Il corso residenziale aveva come obiettivo quello di formare i facilitatori dell'apprendimento, che nei territori delle Aziende e Strutture coinvolte nel Progetto #IpaziaCCM2021 possano attivare e condurre, con gli esperti impegnati nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere, percorsi di formazione secondo la metodologia del *Problem Based Learning* (PBL)-*competence oriented*. Attraverso tre giornate di formazione che si sono svolte presso l'ISS dal 24 al 26 ottobre 2022 sono state formate 21 figure di facilitatori. Successivamente alla conclusione del Corso FAD (dicembre 2022) sono stati definiti e programmati per l'anno 2023 i corsi residenziali di formazione per i formatori in ciascuno dei territori delle Strutture coinvolte nel Progetto.

## Considerazioni conclusive

Piani, Documenti di indirizzo e Linee Guida hanno, ripetutamente, sottolineato la necessità di avvalersi di metodologie attive per una formazione capillare, corretta, continua.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Salute investe sulla formazione del personale con l'intento di rafforzare l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (PNRR, 2021). Precedentemente la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Europa, 2011; Ufficio Rapporti con l'Unione Europea della Camera dei Deputati, 2014), le linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza (Italia, 2018) e il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023 (Dipartimento per le Pari Opportunità, 2021), riconducono, in diversi articoli, l'attenzione sulla formazione mirata ad armonizzazione a livello

nazionale le conoscenze e le competenze delle operatrici e degli operatori di area sanitaria e socio-sanitaria per la gestione dei casi di violenza di genere (Kalra *et al.*, 2021). La formazione può essere intesa come strumento di intervento nella lotta alla violenza di genere e a quella assistita in caso di minori, se si avvale di dimensioni che integrino aspetti tecnico-specialistici con quelli comunicativo-relazionali, gestionali e manageriali. Un aspetto cruciale è rappresentato dall'orientamento metodologico dei percorsi formativi, che deve essere indirizzato alla valorizzazione delle esperienze dei/delle professionisti/e della salute, sostenendoli nell'identificazione dei propri obiettivi di apprendimento in relazione ai diversi contesti territoriali. Metodologie didattiche attive, come il PBL associato al modello basato sulle competenze, permettono di creare un ambiente di apprendimento dinamico e personalizzabile rispetto alle diverse esigenze formative delle professioni sanitarie e socio-sanitarie impegnate nel campo del contrasto alla violenza. Infatti, la formazione guida la/il professionista della salute verso una maggiore consapevolezza del proprio ruolo, e verso un approccio relazionale e comunicativo in grado di spostare l'attenzione sull'esperienza di violenza, vissuta da ogni singola persona e sulle conseguenze in termini di salute fisica, psichica e sociale.

La finalità ultima è quella che venga fornita la medesima opportunità di fruire di percorsi di fuoriuscita dal circuito della violenza a chi abbia subito una qualsiasi forma di violenza. In una prospettiva futura la formazione, nell'area della prevenzione e del contrasto della violenza di genere, richiede azioni programmatiche e di gestione che possano ampliarsi all'intero territorio nazionale e possano prevedere la replicazione dei corsi di formazione con differenti modalità di conduzione (a distanza; in presenza presso istituzioni centrali, in grado di ospitare professioniste e professionisti provenienti da differenti realtà regionali; nei territori) così da garantire che in ciascun servizio sanitario e socio-sanitario vi sia sempre personale in grado di attivare con competenza interventi per l'accoglienza e la presa in carico di persone vittime di violenza.

I progetti descritti nel presente lavoro hanno ricevuto il supporto tecnico-finanziario del Ministero della Salute nell'ambito di tre diverse edizioni del Programma CCM (2014, 2019, 2021).

## Bibliografia

- Barbina D, Carbone P, Guerrera D, Mazzaccara A. Il Problem-Based Learning in salute pubblica con Moodle: esperienze e prospettive. *Atti del MoodleMoot Italia 2017*;75-83.
- Barbina D, Riccardo F, Di Pucchio A, Del Manso M, Mammoli M, Croci R, Vittozzi A, Mazzaccara A, Ferrelli R, Brusaferrò S. Public Health Workforce training Laboratorium: Pilot e-Learning course on CBE and PBL models. 15th European Public Health Conference 2022. *European Journal of Public Health* 2022;(32):3. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.091>; ultima consultazione 6 aprile 2023.
- Barrows H S, Tamblyn R M. *Problem-based Learning in Medical Education*. New York: Springer; 1980.
- Colucci A, Luzi AM, Fanales Belasio E, Barbina D, Mazzaccara A, Farchi S, Battilomo S; Working Group A blended training programme for healthcare professionals aimed at strengthening territorial networks for the prevention and contrast of gender-based violence. *Epidemiol Prev*. 2019;43(2-3):177-84.
- Dipartimento per le Pari Opportunità. *Piano strategico nazionale su la violenza maschile contro le donne 2021-2023*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.pariopportunita.gov.it/media/1953/piano-nazionale-violenza-2017-2020.pdf>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- Europa. Consiglio d'Europa. Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, 11 maggio 2011, ratificata in Italia con Legge

- 77/2013. *Gazzetta Ufficiale*, Serie Generale, n. 153 del 2 luglio 2013. Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa n. 210.
- ISTAT. *Accesso delle donne al Pronto Soccorso*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-e-accesso-delle-donne-alle-strutture-ospedaliere/accesso-delle-donne-al-pronto-soccorso>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- Italia - Ufficio Rapporti con l'Unione Europea della Camera dei Deputati. *Convenzione di Istanbul e la legge di autorizzazione alla ratifica*. Roma: Senato della Repubblica; 2014. Disponibile all'indirizzo: [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier\\_dossier1-sezione\\_sezione2-h2\\_h22](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione2-h2_h22); ultima consultazione 6 aprile 2023.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017. Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. PdCM. Presidente del Consiglio dei Ministri. Linee Guida Nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. (18A00520). *Gazzetta Ufficiale*, Serie Generale n. 24 del 30 gennaio 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/sg>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- Kalra N, Hooker L, Reichenhofer S, Di Tanna GD, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;31;5(5):CD012423. doi: 10.1002/14651858.CD012423.pub2.
- PNRR. *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Roma: Camera dei Deputati; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.camera.it/temiap/2021/06/25/OCD177-4986.pdf>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- Schmidt HG, Rotgans JI, Yew EH. The process of problem-based learning: what works and why. *Med Educ* 2011;45(8):792-806. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04035.x. PMID: 21752076.
- UN Women. United Nations entity for gender equality and the empowerment of Women. *Impact of COVID-19 on violence against women and girls and service provision: UN Women rapid assessment and findings*. New York: UN Women; 2020b. Disponibile all'indirizzo: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/05/impact-of-COVID-19-on-violence-against-women-and-girls-and-service-provision>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- WHO. *COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do*. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.04>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- WHO. *Global competency framework for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034686>; ultima consultazione 31 marzo 2023.
- WHO. On behalf of the United Nations inter-agency working group on violence against women estimation and data (VAW-IAWGED). *Violence against women prevalence estimates, 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026681>; ultima consultazione 31 marzo 2023.

## CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA DI GENERE SULLA SALUTE DELLA DONNA

Giusy Barbara

*Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano*

La violenza di genere è riconosciuta dalla World Health Organization (WHO) come un grave problema di salute pubblica e uno dei principali fattori di rischio di morbilità e morte prematura per le donne (Krug *et al.*, 2002). Le conseguenze della violenza sono profonde e vanno ben oltre la salute della singola donna, condizionando il benessere di intere comunità. Donne con storie di traumatizzazione conseguente a violenza di genere riportano spesso una bassa autostima e una minore capacità a partecipare alla vita sociale, in alcune situazioni non riescono a occuparsi adeguatamente dei figli e non riescono a lavorare. Affrontare il problema della violenza contro le donne rappresenta quindi una priorità per la sanità pubblica, sia perché si tratta di una problematica di rilevante ampiezza, che colpisce un numero estremamente elevato di donne, sia perché ha importanti ripercussioni da un punto di vista sanitario e sociale.

Nel corso della vita la donna che ha subito violenza di genere presenta problemi di salute molto più frequentemente rispetto a una donna non sottoposta a violenza. Le conseguenze sanitarie della violenza di genere possono essere immediate e dirette – lesioni fisiche, sintomi post-traumatici acuti – o indirette, a medio o lungo termine – malattie croniche e/o psicosomatiche, disordini cardiovascolari, dolore pelvico/addominale cronico, disturbi psichiatrici. Queste ultime più difficilmente vengono direttamente correlate alla violenza subita, e in genere hanno ripercussioni molto negative sulla salute e sulla qualità di vita della donna (Resnick *et al.*, 1997; Campbell, 2002).

Le lesioni fisiche derivanti dalle percosse del maltrattante rappresentano le conseguenze sanitarie della violenza di genere più facilmente riscontrabili e oggettivabili. Si tratta di ecchimosi, abrasioni, escoriazioni, ferite superficiali o profonde, fratture ossee o lesioni a organi interni derivanti da traumi di entità più o meno grave.

In seguito a violenza sessuale frequentemente vengono riscontrate lesioni a livello genitale, in genere di lieve entità, costituite da arrossamenti, soluzioni di continuo, escoriazioni per lo più a livello di piccole labbra, forchetta e fossa navicolare, meno frequentemente a livello imenale e/o in sede anale. Queste lesioni sono presenti in una percentuale molto variabile dei casi, dipendente da numerosi fattori, quali la tempistica della valutazione ginecologica rispetto al momento della violenza, la modalità con cui è stata esercitata la violenza sessuale e lo stato genitale della vittima (bambina/ragazza pre-pubere, ragazza adolescente, donna che ha già avuto rapporti vaginali, donna che ha già partorito per via vaginale, stato menopausale). Spesso le lesioni, per esempio per quanto riguarda la presenza di arrossamenti o abrasioni, sono del tutto aspecifiche. Il colposcopio migliora la rilevazione di piccole lesioni genitali e andrebbe, ove possibile, sempre utilizzato nella visita ginecologica offerta a donne vittime di violenza sessuale. Anche le lesioni extra-genitali nella maggioranza dei casi sono di lieve entità e sono rappresentate da piccole ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali. Questo dipende dal fatto che spesso la violenza sessuale non implica l'utilizzo da parte dell'aggressore di una notevole forza fisica, in quanto la donna è frequentemente di per sé immobilizzata per paura di conseguenze letali (reazione di "freezing" o "congelamento"). Tutto ciò si traduce in una minima lesività di tipo fisico. Una descrizione precisa delle lesioni eventualmente presenti riveste un ruolo cruciale; l'accurata documentazione costituisce infatti un valido aiuto per le donne da un punto di vista

giudiziario, qualora decidano di presentare querela per la violenza subita (Kustermann *et al.*, 2017; Barbara *et al.*, 2019).

La “Rape Trauma Syndrome” è una sindrome psichica che si verifica in modo specifico dopo violenza sessuale (Burgess *et al.*, 1974). Per quanto un pò datata la definizione degli autori risulta decisamente esaustiva. Gli autori descrivono una *prima fase acuta*, che può durare da giorni a settimane, caratterizzata da una totale disorganizzazione psichica, in cui il sintomo prevalente è la paura. Segue una *seconda fase della riorganizzazione*, che può durare da mesi ad anni, in cui la donna ristabilisce ordine nel suo stile di vita e riacquista un senso di controllo del mondo esterno. Nella fase acuta sono descritti sentimenti di shock e di incredulità rispetto a quanto accaduto, una forte paura, terrore per il pericolo corso, smarrimento, confusione, disgusto e umiliazione, vergogna e senso di sporcizia, senso d’impotenza, rabbia e voglia di cancellare e dimenticare tutto, incapacità di parlare e descrivere quanto è accaduto. Nella fase della riorganizzazione le donne si trovano invece a dover fare i conti con le “perdite” indotte dalla violenza subita. Perdita di sicurezza, d’indipendenza o autonomia, di controllo sulla propria vita, di fiducia in sé stesse e di auto-stima, perdita di un atteggiamento positivo verso la sessualità.

Inoltre si verifica la cronicizzazione di una serie di disturbi inerenti all’area somatica, psicologica, cognitiva, e relazionale.

Tra i disturbi psicosomatici riscontriamo il dolore pelvico cronico, il dolore cronico in varie parti del corpo, l’emicrania cronica, i disordini gastro-intestinali. Le conseguenze psicologiche più frequenti sono depressione, paura, ansia, depersonalizzazione, derealizzazione, dissociazione, diminuzione dell’autostima, fobie, autolesionismo, ideazione suicidarie o tentati suicidi, uso di sostanze stupefacenti, disturbi della condotta alimentare e disturbi del sonno. Le conseguenze cognitive fanno riferimento a confusione mentale, pensieri ricorrenti, flashback, sogni/incubi, ridotta capacità di attenzione e concentrazione, ipervigilanza. Tra le conseguenze relazionali più frequenti gli autori descrivono difficoltà relazionali e sfiducia, cambiamenti delle abitudini sessuali sia con il proprio partner che in occasione di nuovi incontri (promiscuità, astensione dai rapporti sessuali), riduzione dei rapporti sociali.

## Conseguenze a lungo termine

Molto più complesso e variegato è il quadro delle conseguenze a lungo termine della violenza di genere sulla salute delle donne (Smith *et al.*, 2017). Esiste una associazione tra violenza domestica e la presenza di dolore pelvico/addominale cronico, cefalea, malattie disfunzionali intestinali (es. la sindrome del colon irritabile), dispepsia, disfunzioni sessuali, fatica cronica, ipertensione, asma. Gli effetti della violenza contro le donne sulla sfera psichica includono il disturbo post-traumatico da stress (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD), la presenza di sintomi depressivi e/o ansiosi, l’abuso di alcool o sostanze, i disturbi alimentari o del sonno (Delara, 2016). Particolarmente vulnerabili risultano le ragazze adolescenti, vittime di abuso sessuale o intra-familiare ripetuto (Barbara *et al.*, 2017).

Donne con storie di traumatizzazione soffrono spesso di bassa autostima e di una ridotta capacità di partecipare alla vita sociale. Depressione, paura, ansia, depersonalizzazione, derealizzazione, dissociazione, diminuzione dell’autostima, fobie, autolesionismo, ideazione suicidarie o tentato suicidio, alcolismo, uso di sostanze stupefacenti, disturbi della condotta alimentare e disturbi del sonno rappresentano frequenti conseguenze di una storia di violenza. In aggiunta, essere vittima di violenza domestica influenza negativamente la vita riproduttiva e sessuale, in termini di gestione delle scelte contraccettive e procreative, con maggior rischio di gravidanze indesiderate e/o aborti. In gravidanza, la donna vittima di violenza è più esposta al rischio di parto prematuro, restrizione della crescita fetale, distacco di placenta e basso peso

neonatale alla nascita (Coker, 2007). In particolare, essere vittima di violenza sessuale aumenta sensibilmente il rischio di patologie della sfera ginecologica, quali malattie sessualmente trasmesse, infezioni delle vie urinarie, disfunzioni sessuali, sanguinamenti genitali e dolore pelvico cronico. Le gravidanze indesiderate rappresentano un'altra importante questione. Uno studio longitudinale statunitense su circa 4.000 donne ha dimostrato che, ogni anno, circa 32.000 gravidanze indesiderate sono conseguenza di uno stupro (Holmes *et al.*, 1996). Questo dato è particolarmente allarmante, considerando che in molti paesi del mondo l'interruzione volontaria di gravidanza non è un'opzione percorribile legalmente, con un conseguente aumento degli aborti clandestini a elevato rischio di morbilità/mortalità materna.

## Considerazioni conclusive

Una specifica formazione professionale e l'aggiornamento continuo delle/degli operatrici/operatori sanitari sono indispensabili per un'efficace accoglienza e presa in carico delle donne che hanno subito violenza di genere, nonché per la messa in atto di adeguate misure di prevenzione. La formazione deve innanzi tutto fornire un'adeguata conoscenza di base del fenomeno della violenza maschile contro le donne, al di là degli aspetti prettamente sanitari, con un focus sulle dinamiche e sul ciclo della violenza, sul ruolo degli stereotipi e degli atteggiamenti sessisti che a tutt'oggi permeano la nostra cultura e alimentano la violenza di genere e, non ultimo, sulle leggi che sono rilevanti per le vittime di violenza domestica e sessuale.

Cruciale nel percorso formativo è poi garantire ampio spazio di discussione sulle conseguenze della violenza sulla salute fisica e psichica della donna e delle/dei sue/suoi figlie/i, e sulla tutela delle categorie più vulnerabili quali donne disabili, in gravidanza e i minori. La formazione degli operatori sanitari sulla violenza di genere deve poi includere informazioni sui diversi aspetti della risposta alla violenza, come, ad esempio, l'identificazione della violenza, le tecniche per un'efficace comunicazione, gli *skill* clinici, le tecniche di documentazione e repertazione delle prove forensi, le metodiche di valutazione del rischio di recidiva e gli strumenti per la programmazione di un piano di sicurezza per la donna ed eventualmente i minori coinvolti.

## Bibliografia

- Barbara G, Collini F, Cattaneo C, Facchin F, Vercellini P, Chiappa L, Kustermann A. Sexual violence against adolescent girls: labeling it to avoid normalization. *Journal of Women's Health* 2017;26:1146-9.
- Barbara G, Micci L, Kustermann A. La violenza sessuale su donne adulte. In: Caputo A, Bruzzone R. *Criminologia dei sex offender. Aspetti psicopatologici, investigativi e giuridici*. Milano: Giuffrè Editore; 2019. p. 409-436.
- Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome, *Am J Psychiatry* 1974;981-6.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-36.
- Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse* 2007;8:149-77.
- Delara M. Mental health consequences and risk factors of physical intimate partner violence. *Mental Health in Family Medicine* 2016;12:119-25.
- Holmes M, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996, 175:320-4.

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponibile all'indirizzo: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y); ultima consultazione 19 maggio 2023.
- Kustermann A, Uglietti A, Liverani C, Boero V. *Violenza sessuale e mutilazioni genitali femminili*. In: *Bolis G. Manuale di Ginecologia e Ostetricia. II edizione*. Napoli; EdiSES edizioni; 2017.
- Resnick HS, Acierno R, & Kilpatrick DG. Health impact of interpersonal Violence. Section ii: Medical and mental health outcomes. *Behavioral Medicine* 1997;23(2):65-78.
- Smith SG, Chen J, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N, *et al*. *The national intimate partner and sexual violence survey: 2010-2012 state report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2017.

# VIOLENZA SULLA DONNA E DISTURBO DA STRESS POST TRAUMATICO: VERSO UNO STUDIO MULTICENTRICO

Simona Gaudi (a), Loredana Falzano (b), Paola Bertuccio (c), Paolo Bailo (d), Andrea Piccinini (e)

(a) Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Centro Nazionale Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(c) Dipartimento di Salute Pubblica, Università degli Studi di Pavia, Pavia

(d) Sezione di Medicina Legale, Università di Camerino, Camerino

(e) Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano

## Disturbo da stress post traumatico in seguito a violenza

La violenza contro le donne è un rilevante problema di salute pubblica globale e una violazione dei diritti umani; è un fenomeno molto diffuso, ancora sottovalutato e che riguarda tutte le classi sociali, senza distinzioni di età, credo religioso o etnia.

Le conseguenze sulla salute della donna sono di natura fisica, sessuale e psicologica con costi economici e sociali molto elevati.

La maggior parte degli studi epidemiologici sulla violenza di genere sono focalizzati sugli effetti a breve termine, mentre gli effetti a medio e lungo termine sono trascurati o marginalmente inclusi.

La violenza domestica e/o sessuale provoca ferite, non visibili, nella psiche di chi la subisce e, senza un adeguato supporto, le tracce di questo trauma permangono nel tempo.

Per quanto riguarda gli effetti psicologici, le vittime di violenza possono manifestare: depressione, insonnia, disturbi dell'alimentazione, abuso di sostanze, disturbi emotivi, tentativi di suicidio e disturbo da stress post traumatico (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD); tra queste conseguenze psicologiche il PTSD è tra i più rilevanti.

Il PTSD, diagnosticato secondo i criteri del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition*) (DSM-5, 2022), è definito come un disturbo derivante dall'esposizione a uno o più "eventi traumatici", che comprendono i traumi collettivi come le catastrofi naturali (terremoti, alluvioni, frane) e civili (incidenti aerei o ferroviari) o eventi di origine sociopolitica (guerre, atti terroristici); in altri casi si tratta di traumi individuali quali incidenti stradali, lutti traumatici, aggressioni fisiche e violenza domestica e sessuale.

Il PTSD presenta sintomi differenti caratterizzati da una grave forma di ansia, le allucinazioni, gli incubi, l'irritabilità o la rabbia, e l'evitamento delle situazioni correlate al trauma subito (Castro-Vale & Carvalho, 2020).

Tale patologia è multigenica e multifattoriale, dall'architettura genetica complessa e largamente sconosciuta, per la quale a oggi non esistono protocolli terapeutici mirati ed efficaci con un rilevante costo sociale.

Secondo i risultati descritti in letteratura il PTSD, che si sviluppa a seguito della violenza, presenta dati di prevalenza discordanti: un primo studio riporta la presenza di PTSD nel 46% delle donne che hanno subito uno stupro nel corso della loro vita (Creamer *et al.*, 2001; Breslau *et al.*, 1999).

Un altro studio sostiene invece, che il PTSD si sviluppi nel 23,6% delle vittime di violenza (Cardoso *et al.*, 2020), dato simile a quello ricavato dal sondaggio promosso da World Health Organization (WHO) in 11 Nazioni che stima una prevalenza di PTSD pari al 20,2% nelle donne sopravvissute alla violenza (Scott *et al.*, 2018).

Ulteriori ricerche epidemiologiche, condotte su vasti campioni di popolazione negli USA, mostrano che la percentuale delle donne che sviluppa PTSD è doppia rispetto a quella degli uomini (Tolin & Foa, 2006). Ad oggi non sappiamo se le basi molecolari del PTSD siano uguali nelle donne e negli uomini, visto che la maggior parte degli studi pubblicati è incentrata sulla popolazione maschile, in particolare sui veterani di guerra, e quindi si rende ancora più necessario un approccio innovativo che tenga conto delle importanti e significative differenze di genere.

## Epigenetica del PTSD

Lo studio dei marcatori epigenetici associati alla violenza sulle donne e all'insorgenza del PTSD e di altre patologie stress-correlate potrebbe fornirci informazioni importanti per la comprensione della regolazione dell'espressione dei geni coinvolti negli effetti a breve, a medio e lungo termine della violenza (Conching & Thayer, 2019).

Con il termine epigenetica, si indicano i cambiamenti che avvengono sul DNA e che ne influenzano l'espressione, senza alterarne la sequenza (Greenberg & Bourc'his, 2019). Infatti, la sequenza del DNA rimane immutata, ma l'aggiunta di gruppi chimici o piccole proteine in posizioni specifiche accendono o spengono l'espressione dei geni. I 3 meccanismi epigenetici meglio conosciuti sono la metilazione, l'acetilazione degli istoni e i microRNA (Figura 1) (Zaidi *et al.*, 2010).

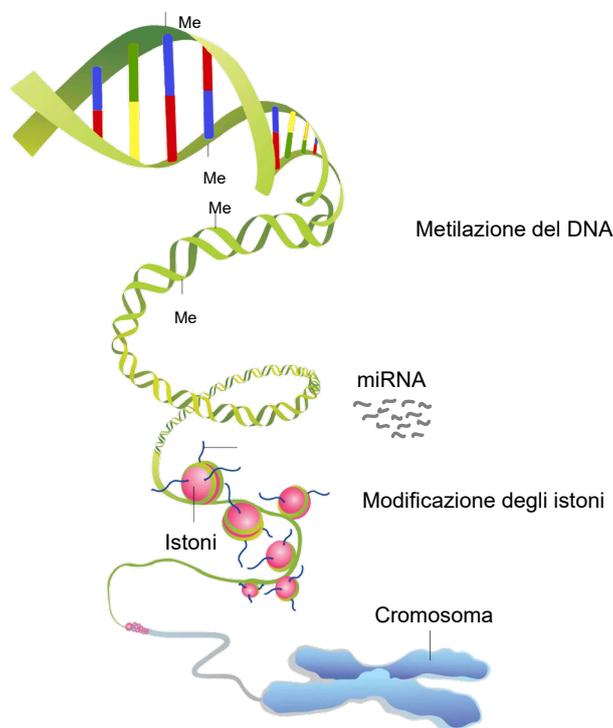
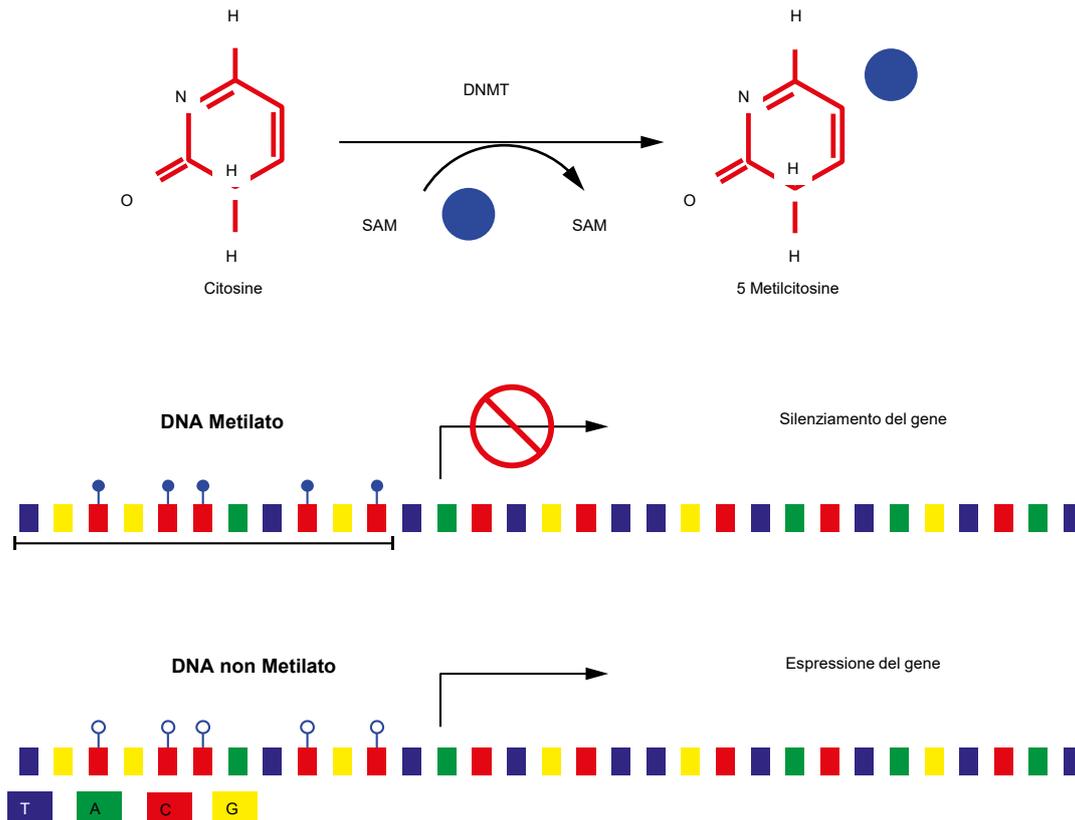


Figura 1. Meccanismi molecolari epigenetici

La metilazione del DNA consiste nell'aggiunta da parte dell'enzima metiltransferasi di un gruppo metile a una citosina, che normalmente è seguita da una guanina (CpG). Le modificazioni degli istoni, proteine che si associano al DNA, più comuni sono l'acetilazione (aggiunta di un gruppo acetile) e la metilazione che consentono il compattamento della cromatina e quindi la regolazione dei livelli di trascrizione. Infine, piccole molecole di RNA non codificanti, miRNA, sono in grado di silenziare l'espressione genica. La metilazione del DNA (Figura 2) è il meccanismo meglio conosciuto che consiste nell'aggiunta di un gruppo metile alla citosina del dinucleotide citosina-guanina, denominato "CpG" – che generalmente è localizzato nella Regione di regolazione dell'espressione del gene – ed è quello da noi studiato.



**Figura 2. Metilazione del DNA, meccanismo molecolare**

Il meccanismo di metilazione è costituito dall'aggiunta di un gruppo metile  $\text{CH}_3$  in posizione 5 della citosina a opera dell'enzima DNA-Metil-Transferasi (DMMT) che così diventa 5-metilcitosina. Le modificazioni epigenetiche, e in particolare la metilazione, sono state studiate in gruppi di popolazioni sottoposte a stress e che presentavano sintomi correlati al PTSD; questi marcatori epigenetici potrebbero per la loro natura essere modulabili e/o reversibili (Sipahi *et al.*, 2014; Chmielewska *et al.*, 2019; Cao-Lei *et al.*, 2022).

In particolare, nei veterani di guerra, nei bambini abusati e nei sopravvissuti all'olocausto, sono stati identificati marcatori epigenetici specifici associati alla diagnosi di PTSD (Yehuda *et al.*, 2014; Trivedi *et al.*, 2019) e in uno studio condotto su donne veterane di guerra, la violenza è

stata identificata come un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie croniche fisiche e mentali (Gerber *et al.*, 2014; Schmidt *et al.*, 2019).

L'insieme di questi risultati ha evidenziato la presenza di alcuni specifici marcatori epigenetici appartenenti all'asse dell'ipotalamo-ipofisi-surrene, area molto importante nel sistema nervoso centrale (*Hypothalamic-Pituitary-Adrenal*, HPA) (Gudsnuk & Champagne, 2012; Chan *et al.*, 2019) in relazione al PTSD. Inoltre, sono stati evidenziati diversi circuiti che coinvolgono appunto l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, la neurotrasmissione, la neuroplasticità e l'infiammazione (Nievergelt *et al.*, 2015; Rusconi *et al.*, 2016; Argentieri *et al.*, 2017; Chazittofis *et al.*, 2021; Nothling *et al.*, 2021). Ad oggi mancano, invece, dati diretti che correlino lo studio della violenza in ambito relazionale e sessuale con i *marker* molecolari epigenetici identificati e associati al PTSD. La violenza contro le donne è un problema strutturale e non contingente o emergenziale, per il quale occorre un'azione sistemica e il coinvolgimento della ricerca scientifica. Negli ultimi decenni studi scientifici hanno dimostrato come i fattori ambientali, e tra questi la violenza, siano in grado di alterare la struttura e la funzionalità del nostro genoma (Zhang *et al.*, 2020). Studiare il genoma e identificare *marker* epigenetici, rappresenta un approccio innovativo per comprendere gli effetti della violenza sulla salute psico-fisica delle donne. Infatti, le conseguenze della violenza permangono nella psiche e possono influenzare anche la struttura del DNA della donna compromettendo il suo stato di salute.

## Studio EpiWE

Lo studio "Epigenetica per le donne", *Epigenetics for Women* (EpiWE), è uno studio pilota, nato dalla stretta collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità (ISS), Università e altri Enti, che ha lo scopo di studiare i marcatori epigenetici associati al PTSD insorti in seguito a violenza in ambito relazionale e/o sessuale (Piccinini *et al.*, 2023). EpiWE è uno studio multidisciplinare che richiede la stretta collaborazione tra medici di Pronto Soccorso, medici legali e ginecologhe, infermieri, genetisti e biologi molecolari, psicologhe e assistenti sociali e si prefigge di identificare sul DNA delle donne quelle cicatrici imputabili all'esposizione alla violenza e riconducibili alla diagnosi di PTSD per la messa in atto di una prevenzione di precisione (Zhang *et al.*, 2020). Le modificazioni epigenetiche, che non coinvolgono cambiamenti nella sequenza del DNA, spesso sono dinamiche reversibili e quindi potrebbero rappresentare utili bersagli terapeutici. Lo studio epigenetico, da noi condotto, è stato approvato dal Comitato Etico dell'ISS il 13 luglio 2015 e dal Comitato Etico Milano Area B il 18/05/2016 e autorizzato dalla Fondazione con Determinazione 1025 del 24/05/2016; la collaborazione tra ISS, Università degli Studi di Milano e Fondazione Cà Granda Policlinico di Milano è stata formalizzata dall'accordo BB92 2021-2024. Nell'anno 2020 siamo riusciti a condurre lo studio epigenetico su 62 donne esposte alla violenza, di cui 49 avevano subito violenza domestica, e 13 violenza sessuale; la pandemia da SARS-CoV-2 ha impedito che il numero delle pazienti arruolate nello studio fosse sufficientemente ampio per l'analisi dell'intero epigenoma (le modificazioni epigenetiche dell'intero genoma) e quindi è stato selezionato un pannello di 10 geni candidati. Le 62 donne, di età compresa tra i 18-65 anni, hanno firmato il consenso informato e donato il loro sangue per le analisi epigenetiche. Il sangue venoso essendo più accessibile rispetto al tessuto nervoso rappresenta un importante substrato per studiare la regolazione epigenetica. Il gruppo di controllo costituito da 50 donne è stato estratto con criterio randomizzato tra le pazienti del medesimo Pronto Soccorso, con diagnosi di trauma lieve non ascrivibile a violenza.

Nelle interviste strutturate le donne hanno risposto a domande specifiche per la valutazione del rischio di essere vittima d'abuso o maltrattamento e per la diagnosi di depressione o di PTSD. Il questionario comprendeva principalmente le seguenti domande: il tipo e la gravità della

violenza, il rischio di recidiva, i dati socio-demografici, le condizioni sociali e relazionali, i dati anamnestici, gli atti di autolesionismo, la scala abbreviata di 6 domande per la diagnosi di PTSD nei civili (PTSD *CheckList-6*, PCL-6) (Lang *et al.*, 2012) e la scala di 10 domande per la valutazione della depressione del Centro per gli Studi Epidemiologici per la Depressione (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised*, CESD-R) (Van Dam & Earleywine, 2011).

Lo studio ha previsto l'analisi della metilazione di un pannello di 10 geni correlati al trauma e allo stress: ADCYAP1, BDNF, CRHR1, DRD2, FKBP5, IGF2, LSD1, NR3C1, PRTFDC1, SLC6A4; qui di seguito lo svolgimento dell'acronimo: ADCYAP1, *adenylate cyclase activating polypeptide 1*, polipeptide 1 attivatore dell'adenilato ciclasi; BDNF, *Brain Derived Neurotrophic Factor*, fattore neurotrofico di derivazione cerebrale; CRHR1, *corticotropin releasing hormone receptor 1*, recettore 1 dell'ormone di rilascio della corticotropina; DRD2, *dopamine receptor D2*, recettore D2 della dopamina; FKBP5, *FKBP prolyl isomerase 5*, propil isomerasi 5 di FKBP; IGF2, *insulin like growth factor 2*, fattore di crescita 2 simile all'insulina; LSD1, *lysine specific demethylase 1*, demetilasi 1 specifica per la lisina; NR3C1, *nuclear receptor subfamily 3 group C member 1*, recettore nucleare 1 della superfamiglia3; PRTFDC1, *phosphoribosyl transferase domain containing 1*, dominio 1 della fosforibosil transferasi; *solute carrier family 6 member 4*, trasportatore 4 dei soluti della famiglia 6.

Il progetto di ricerca EpiWE ha, e contempla al suo interno, la prima biobanca dedicata alla raccolta di campioni di sangue e/o di saliva delle donne sopravvissute alla violenza corredata dalle informazioni contenute nei questionari. Questa biobanca rappresenta il passo fondamentale per gli studi futuri che dovrebbero consentirci di identificare e valutare i *marker* molecolari associati agli effetti sulla salute a breve, ma soprattutto a medio e lungo termine. Sono state identificate le Regioni dei promotori da analizzare in base ai dati già pubblicati e alle previsioni *in silico* sulle sequenze nel *database* dei 10 geni citati. La valutazione quantitativa della metilazione di tali geni, associata ai disturbi correlati allo stress e al trauma, ha evidenziato differenze nei livelli di metilazione tra i due gruppi che sono state valutate mediante test non-parametrici (es. *Wilcoxon rank-sum test*). Nelle 62 donne che avevano subito violenza, i risultati hanno evidenziato l'ipermetilazione dei geni BDNF, DRD2 e IGF2 con conseguente riduzione dell'espressione dei geni stessi (Tabella 1).

**Tabella 1. Distribuzione (mediana, I e III quartile) della metilazione di 10 geni nelle 62 donne esposte alla violenza e nelle 50 non esposte (EpiWE, 2023)**

Geni	Esposte (n. 62)			Non esposte (n. 50)			P-value*
	I quartile	Mediana	III quartile	I quartile	Mediana	III quartile	
ADCYAP1	0,11	0,13	0,15	0,11	0,13	0,16	0,307
<b>BDNF</b>	0,07	0,08	0,10	0,06	0,07	0,08	<b>0,002</b>
CRHR1	0,07	0,08	0,08	0,07	0,08	0,08	0,496
<b>DRD2</b>	0,10	0,14	0,17	0,08	0,11	0,14	<b>0,003</b>
FKBP5	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,018
<b>IGF2</b>	0,49	0,53	0,56	0,45	0,48	0,52	<b>0,001</b>
LSD1	0,04	0,04	0,05	0,03	0,04	0,06	0,186
NR3C1	0,03	0,04	0,05	0,03	0,04	0,05	0,188
PRTFDC1	0,03	0,04	0,05	0,04	0,04	0,05	0,271
SLC6A4	0,04	0,05	0,05	0,04	0,05	0,05	0,347

\* Il *p-value* si riferisce al test non parametrico Wilcoxon per il confronto tra i due gruppi di donne nella mediana dei 10 geni. Si consideri una differenza statisticamente significativa quando il *p-value* è un valore inferiore a 0,005 (0,05/10, poiché è stata applicata la correzione di Bonferroni).

In **grassetto** sono indicati i 3 geni ipermetilati

## Cosa ci dicono i risultati

L'approccio dello studio EpiWE ha permesso d'identificare alcuni *marker* epigenetici associati alla violenza sulle donne, che potrebbero essere utili per la diagnosi precoce del PTSD o di malattie stress correlate. Il gene *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF) codifica per un fattore neurotrofico di derivazione cerebrale, uno dei maggiori regolatori della trasmissione sinaptica e della neuroplasticità, già coinvolto nella risposta allo stress, nell'apprendimento e nella memoria (Gray *et al.*, 2013). Studi sui ratti hanno evidenziato che l'attività fisica induce l'ipometilazione del promotore con conseguente aumento e ripresa dell'espressione del gene (Gomez-Pinilla *et al.*, 2011), suggerendo come il promotore del gene BDNF possa essere un target regolabile dell'espressione del gene stesso.

Nel caso dello studio di Kim *et al.*, i reduci di guerra affetti da PTSD mostrano risultati analoghi d'ipermetilazione del gene BDNF (Kim *et al.*, 2017). Il gene DRD2 codifica per una proteina importante per la formazione della memoria e per la plasticità neuronale ed è stata associata nei veterani a severe comorbidità in chi soffriva di PTSD (Lawford *et al.*, 2006). In uno studio recente sugli operatori sanitari che hanno dovuto fronteggiare in prima linea la pandemia da SARS-CoV-2, è stata evidenziata anche l'ipermetilazione nel gene DRD2 associato alla neurotrasmissione (Tabano *et al.*, 2022).

L'ipermetilazione di DRD2 è stata misurata anche nel DNA di bambine che avevano subito maltrattamenti durante l'infanzia, indicando come lo stress psicologico cronico possa portare alla depressione e allo sviluppo di PTSD (Christensen *et al.*, 2021). Il gene *Insulin Growth Factor 2*, IGF2 codifica per il fattore 2 di crescita insulinico considerato un gene importantissimo per lo sviluppo fetale e per la placenta, regolato da *imprinting* genomico (Tabano *et al.*, 2010). Inoltre, IGF2 riveste un ruolo importante nella costituzione della memoria, in diverse malattie psichiatriche e nell'autismo, e potrebbe essere considerato un buon candidato per lo sviluppo di nuovi trattamenti farmacologici per le malattie neurologiche e psichiatriche (Pardo *et al.*, 2019; Mills *et al.*, 2007).

Studi in modelli animali hanno mostrato come trattamenti con IGF2 siano in grado di aumentare le funzioni della memoria, della regressione nel deterioramento cognitivo, del deficit motorio e delle convulsioni (Yu *et al.*, 2020; Cruz *et al.*, 2021). Inoltre, nei topi è stato dimostrato che iniezioni intracerebrali della proteina IGF2 sono in grado di indurre l'aumento dei livelli di BDNF nell'ippocampo, il che suggerisce l'esistenza di un *pathway* molecolare comune tra i due geni IGF2 e BDNF (Mellott *et al.*, 2014).

Tale risultato è in accordo con quello ottenuto dallo studio EpiWE dove sono stati misurati alti livelli di metilazione negli stessi geni BDNF e IGF2. Inoltre, l'utilizzo del database STRING (<https://string-db.org/>) riporta come ci sia, nell'ippocampo un'interrelazione tra BDNF e la proteina del gene DRD2. Analizzando i risultati nel loro insieme si può affermare che l'espressione (iper o ipo) del gene BDNF è cruciale per la risposta allo stimolo dell'IGF2 e che esiste contemporaneamente anche un legame funzionale tra BDNF e DRD2.

Tali risultati preliminari, sono promettenti in quanto mettono in luce la presenza di *marker* epigenetici in geni che sono correlati tra loro e che rivestono il ruolo di mediatori della plasticità cerebrale.

Questi 3 geni ipermetilati, correlati funzionalmente durante l'apprendimento e la memoria, potrebbero rappresentare la risposta al trauma e quindi l'inizio dello sviluppo del PTSD. Intercettare i primi marcatori epigenetici potrebbe essere utile per la messa in atto di strategie di prevenzione anche per evitare gli eventuali effetti a lungo termine.

## Verso il futuro: studio multicentrico

La violenza è un evento traumatico complesso i cui effetti si ripercuotono sulla salute della donna e dell'intera comunità. Lo sviluppo del progetto EpiWE prevede l'espansione a uno studio multicentrico, con l'arruolamento di un maggior numero di donne che hanno subito violenza e del gruppo di controllo (ovvero un gruppo di donne che non hanno subito violenza).

La costituzione di una biobanca con campioni biologici (sangue, saliva) rappresenta il passo fondamentale per l'analisi e l'identificazione di *marker* molecolari associati alla violenza e responsabili degli effetti a lungo termine, quali appunto l'insorgenza di patologie croniche.

Le maggiori dimensioni del campione potrebbero consentirci di stabilire l'associazione tra il profilo epigenetico di tutto l'epigenoma e lo stato di salute o malattia. Un profilo epigenetico sempre più preciso e rivelatore potrebbe essere associato alle condizioni cliniche complesse ed essere predittivo per gli effetti a lungo termine.

L'identificare sul DNA delle donne delle cicatrici imputabili all'esposizione alla violenza e riconducibili alla diagnosi di PTSD, potrebbero tradursi in protocolli clinici innovativi e in nuove strategie per la prevenzione delle patologie croniche e non trasmissibili.

I risultati dello studio EpiWE, ovvero i tre geni differenzialmente espressi, rappresentano la prima indicazione sull'eziologia del PTSD in seguito a violenza e, contemporaneamente, potrebbero prospettare altri *pathway* biologici coinvolti in nuove correlazioni fisiologiche e funzionali allo stress e all'insorgenza di altre patologie croniche (Mathews & Janusek, 2011; Magwai & Xulu, 2022).

Infatti, la violenza domestica, inducendo uno stress cronico nelle vittime, potrebbe essere in grado d'innescare dei cambiamenti epigenetici che, insieme ad alterazioni del sistema nervoso, ormonale, endocrino e immunitario, favoriscano lo sviluppo iniziale di patologie non trasmissibili quali i tumori, malattie cardiovascolari e autoimmuni.

Riuscire a identificare i meccanismi molecolari che sono alla base dell'insorgenza del PTSD e/o di altre patologie stress-correlate, nel contesto della violenza contro le donne, potrebbe mettere in luce l'origine della patologia ed evidenziare strategie innovative per aumentarne la resilienza.

Lo studio ha carattere multidisciplinare e richiede una stretta collaborazione tra medici di Pronto Soccorso, medici legali e ginecologhe, infermieri, genetisti e biologi molecolari, psicologhe e assistenti sociali.

L'individuazione precoce, interventi adeguati e la cooperazione intersettoriale sono fattori cruciali per porre fine alla violenza di genere. Il rafforzamento della rete tra Ospedali, Centri Anti Violenza e Case Rifugio costituisce un punto focale per il raggiungimento di una presa in carico precoce e di ampio respiro, garantendo alla donna un'adeguata assistenza clinica e nuove prospettive terapeutiche di medicina e prevenzione di precisione.

La presa in carico di lungo periodo, ci consentirà di comprendere le reali conseguenze della violenza e attuare campagne di prevenzione al fine di migliorare la vita delle donne sopravvissute con conseguente risparmio dei costi sul servizio sanitario nazionale.

Nondimeno, lo studio effettuato può essere considerato un innovativo primo passo in ambito medico-legale poiché aggiunge un possibile nuovo strumento per la valutazione del nocimento all'integrità psico-fisica della persona.

In altre parole, una volta determinati i cambiamenti epigenetici cui va incontro una vittima di violenza, con ulteriori studi, sarà possibile circoscrivere lo stesso evento violenza mostrandone anche le componenti fino a ora "invisibili" che impattano sul benessere della persona.

Tale conoscenza potrà concorrere alla valutazione del danno complessivo riportato dalla vittima consentendo anche un giusto risarcimento in sede giudiziaria.

Altresì, è opportuno tenere conto della opportunità di utilizzare lo strumento epigenetico anche per corroborare ulteriormente il racconto della parte lesa, permettendo un riconoscimento più facile dell'accaduto e, quindi, una maggior possibilità di condanna nei confronti dell'aggressore.

Occorre tuttavia rimarcare che la ricerca effettuata è unicamente un primo passo e, per raggiungere gli auspicabili risultati sopra descritti, è fondamentale proseguire con ulteriori studi. Per concludere, la sanità pubblica riveste un ruolo centrale nell'identificare i fattori di rischio e di protezione, e nel rafforzare la ricerca. È tempo d'agire con urgenza per garantire a tutte le donne e le ragazze, una vita libera dalla violenza e dalle sue conseguenze sulla salute.

## **Descrizione delle unità operative di EpiWE**

Lo studio pilota EpiWE è coordinato dall'ISS. In seguito alla pandemia da SARS-CoV-2 è stato realizzato un unico studio pilota presso il centro di Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Questo progetto vede coinvolte le seguenti Unità Operative:

- Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) dove sono assistite le vittime di violenza sessuale e domestica e sono stati somministrati i moduli di consenso allo studio, i questionari ed effettuati i prelievi ematici. L'SVSeD offre un percorso rapido dedicato alle donne e prevede la presenza di più professionisti specializzati in ginecologia, in medicina legale, infermiere/i, operatrici/tori sociali e avvocati che lavorano in modo concertato per assicurare alla donna un approccio multidisciplinare. Presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano è stata inoltre allestita la biobanca dei campioni.
- Dipartimento di Fisiopatologia Medico-chirurgica e dei Trapianti dell'Università degli Studi di Milano dove sono state condotte le analisi epigenetiche con la valutazione dello stato di metilazione di alcuni geni candidati al fine di evidenziare i danni epigenetici associati a violenza sessuale e domestica per monitorare nel tempo l'evoluzione e lo sviluppo di PTSD.
- Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi di Milano dove sono analizzati gli aspetti medico-legali connessi alla violenza sessuale e al maltrattamento e dove sono stati preparati i protocolli di informazione e consenso allo studio.
- Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità dell'Università degli Studi di Milano e Dipartimento di Salute Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia dove sono condotte le analisi statistiche dei risultati ottenuti.

## **Ringraziamenti**

Si ringraziano tutte le donne che hanno partecipato al progetto EpiWE e Andrea Piccinini, Paolo Baiolo, Paola Bertuccio, Giusy Barbara, Monica Miozzo, Silvia Tabano, Paola Colapietro, Claudia Farè, Silvia Maria Sirchia, Elena Battaglioli, Giulia Manenti, Laila Micci, Carlo La Vecchia e Alessandra Kustermann per essere parte integrante del progetto multidisciplinare. Si ringrazia, inoltre, Massimo Delle Femmine per le rappresentazioni grafiche fornite nel contributo.

## Bibliografia

- Argentieri MA, Nagarajan S, Seddighzadeh B, Baccarelli AA, Shields AE. Epigenetic pathways in human disease: the impact of dna methylation on stress-related pathogenesis and current challenges in biomarker development. *EBioMedicine* 2017;18:327-50.
- Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Peterson EL, Lucia VC. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* 1999;29:813-21.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
- Cao-Lei L, Saumier D, Fortin J, Brunet A. A narrative review of the epigenetics of post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress disorder treatment. *Front Psychiatry* 2022;13:857087.
- Cardoso G, Antunes A, Silva M, Azeredo-Lopes S, Xavier M, Koenen K, Caldas-de-Almeida JM. Trauma exposure and PTSD in Portugal: findings from the world mental health survey initiative. *Psychiatry Res* 2020;284:112644.
- Castro-Vale I, Carvalho D. The pathways between cortisol-related regulation genes and PTSD psychotherapy. *Healthcare (Basel)* 2020;8(4):376.
- Chan KL, Lo CKM, Ho FK, Leung WC, Yee BK, Ip P. The association between intimate partner violence against women and newborn telomere length. *Transl Psychiatry* 2019;9(1):239.
- Chatzittofis A, Boström ADE, Ciuculete DM, Öberg KG, Arver S, Schiöth HB, Jokinen J. HPA axis dysregulation is associated with differential methylation of CpG-sites in related genes. *Sci Rep* 2021;11(1):20134.
- Chmielewska N, Szyndler J, Maciejak P, Płaźnik A. Epigenetic mechanisms of stress and depression. *Psychiatr Pol* 2019;53(6):1413-28.
- Christensen J, Beveridge JK, Wang M, Orr SL, Noel M, Mychasiuk R. A pilot study investigating the role of gender in the intergenerational relationships between gene expression, chronic pain, and adverse childhood experiences in a clinical sample of youth with chronic pain. *Epigenomes* 2021;5(2):9.
- Conching AKS, Thayer Z. Biological pathways for historical trauma to affect health: A conceptual model focusing on epigenetic modifications. *Soc Sci Med* 2019;230:74-82.
- 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;31:7.
- Cruz E, Descalzi G, Steinmetz A, Scharfman HE, Katzman A, Alberini CM. CIM6P/IGF-2 receptor ligands reverse deficits in angelman syndrome model mice. *Autism Res* 2021;14(1):29-45.
- Dekel R, Shaked O, Ben-Porat A, Itzhaky H. The Interrelations of physical and mental health: self-rated health, depression, and PTSD among female IPV survivors. *Violence Against Women* 2020;26(3-4):379-94.
- DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th ed.* Washington DC: American Psychiatric Association Publishing Ed.; 2022
- Gerber MR, Iverson KM, Dichter ME, Klap R, Latta RE. Women veterans and intimate partner violence: current state of knowledge and future directions. *J Womens Health (Larchmt)* 2014;23(4):302-9.
- Gomez-Pinilla F, Zhuang Y, Feng J, Ying Z, Fan G. Exercise impacts brain-derived neurotrophic factor plasticity by engaging mechanisms of epigenetic regulation. *Eur J Neurosci* 2011;33(3):383-90.
- Gray JD, Milner TA, McEwen BS. Dynamic plasticity: the role of glucocorticoids, brain-derived neurotrophic factor and other trophic factors. *Neuroscience* 2013;239:214-27.
- Greenberg MVC, Bourc'his D. The diverse roles of DNA methylation in mammalian development and disease. *Nat Rev Mol Cell Biol* 2019;20(10):590-607.

- Gudsnuk K, Champagne FA. Epigenetic influence of stress and the social environment. *ILAR J* 2012;53(3-4):279-88.
- Kim TY, Kim SJ, Chung HG, Choi JH, Kim SH, Kang JI. Epigenetic alterations of the BDNF gene in combat-related post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135(2):170-9.
- Lang AJ, Wilkins K, Roy-Byrne PP, Golinelli D, Chavira D, Sherbourne C, Rose RD, Bystritsky A, Sullivan G, Craske MG, Stein MB. Abbreviated PTSD checklist (PCL) as a guide to clinical response. *General Hospital Psychiatry* 2012;34:332-8.
- Lawford BR, Young R, Noble EP, Kann B, Ritchie T. The D2 dopamine receptor (DRD2) gene is associated with co-morbid depression, anxiety and social dysfunction in untreated veterans with post-traumatic stress disorder. *Eur Psychiatry* 2006;21(3):180-5.
- Magwai T, Xulu KR. Physiological genomics plays a crucial role in response to stressful life events, the development of aggressive behaviours, and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Genes (Basel)* 2022;13(2):300.
- Mathews, HL, Janusek LW. Epigenetics and psychoneuroimmunology: mechanisms and models. *Brain Behav Immun* 2011;25(1):25-39.
- Mellott, TJ, Pender SM, Burke RM, Langley EA, Blusztajn JK. IGF2 ameliorates amyloidosis, increases cholinergic marker expression and raises BMP9 and neurotrophin levels in the hippocampus of the APP<sup>swe</sup>PS1<sup>dE9</sup> Alzheimer's disease model mice. *PLoS One* 2014;9(4):e94287.
- Mills JL, Hediger ML, Molloy CA, Chrousos GP, Manning-Courtney P, Yu KF, Brasington M, England LJ. Elevated levels of growth-related hormones in autism and autism spectrum disorder. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007;67(2):230-7.
- Nievergelt CM, Maihofer AX, Mustapic M, Yurgil KA, Schork NJ, Miller MW, Logue MW, Geyer MA, Risbrough VB, O'Connor DT, Baker DG. Genomic predictors of combat stress vulnerability and resilience in U.S. Marines: A genome-wide association study across multiple ancestries implicates PRTFDC1 as a potential PTSD gene. *Psychoneuroendocrinology* 2015;51:459-71.
- Nöthling J, Abrahams N, Toikumo S, Suderman M, Mhlongo S, Lombard C, Seedat S, Hemmings SMJ. Genome-wide differentially methylated genes associated with posttraumatic stress disorder and longitudinal change in methylation in rape survivors. *Transl Psychiatry* 2021;11(1):594.
- Pardo M, Cheng Y, Sitbon YH, Lowell JA, Grieco SF, Worthen RJ, Desse S, Barreda-Diaz A. Insulin growth factor 2 (IGF2) as an emergent target in psychiatric and neurological disorders. Review. *Neuroscience Research* 2019;149:1-13.
- Piccinini A, Bailo P, Barbara G, Miozzo M, Tabano S, Colapietro P, Farè C, Sirchia SM, Battaglioli E, Bertuccio P, Bertuccio P, Manenti G, Micci L, la Vecchia C, Kustermann A, Gaudi S. Violence against women and stress-related disorders: seeking for associated epigenetic signatures, a pilot study. *Healthcare* 2023;11:173.
- Rusconi F, Grillo B, Ponzoni L, Bassani S, Toffolo E, Paganini L, Mallei A, Braida D, Passafaro M, Popoli M, Sala M, Battaglioli E. LSD1 modulates stress-evoked transcription of immediate early genes and emotional behavior. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2016;113(13):3651-6.
- Schmidt EM, Magruder K, Kilbourne AM, Stock EM, Cypel Y, El Burai Félix S, Serpi T, Kimerling R, Cohen B, Spiro A, Furey J, Huang GD, Frayne SM Four decades after war: incident diabetes among women vietnam-era veterans in the healthviews study. *Womens Health Issues* 2019;29(6):471-9.
- Scott KM, Koenen KC, King A, *et al.* Post-traumatic stress disorder associated with sexual assault among women in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2018;48(1):155-67.
- Sipahi L, Uddin M, Hou ZC, Aiello AE, Koenen KC, Galea S, Wildman DE. Ancient evolutionary origins of epigenetic regulation associated with posttraumatic stress disorder. *Front Hum Neurosci* 2014;(13)8:284.

- Smith SG, Chen J, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N, Walling M, Jain A. *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010-2012 state report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2017.
- Tabano S, Colapietro P, Cetin I, Grati FR, Zanutto S, Mandò C, Antonazzo P, Pileri P, Rossella F, Larizza L, Sirchia SM, Miozzo M. Epigenetic modulation of the IGF2/H19 imprinted domain in human embryonic and extra-embryonic compartments and its possible role in fetal growth restriction. *Epigenetics* 2010;5(4):313-24.
- Tabano S, Tassi L, Cannone MG, Brescia G, Gaudio G, Ferrara M, Colapietro P, Fontana L, Miozzo MR, Croci GA, Seia M, Piuma C, Solbiati M, Tobaldini E, Ferrero S, Montano N, Costantino G, Buoli M. Mental health and the effects on methylation of stress-related genes in front-line versus other health care professionals during the second wave of COVID-19 pandemic: an Italian pilot study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2022;24:1-10.
- Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull* 2006;132(6):959-92.
- Trivedi MS, Abreu MM, Sarria L, Rose N, Ahmed N, Beljanski V, Fletcher MA, Klimas NG, Nathanson L. Alterations in DNA methylation status associated with gulf war illness. *DNA Cell Biol* 2019;38(6):561-71.
- Van Dam NT, Earleywine M. Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised (CESD-R): pragmatic depression assessment in the general population. *Psychiatry Res* 2011;186(1):128-32.
- Yehuda R, Daskalakis NP, Lehrner A, Desarnaud F, Bader HN, Makotkine I, Flory JD, Bierer LM, Meaney MJ. Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring. *Am J Psychiatry* 2014;171(8):872-80.
- Yu XW, Pandey K, Katzman AC, Alberini CM. A role for CIM6P/IGF2 receptor in memory consolidation and enhancement. *Elife* 2020;9:e54781
- Zaidi SK, Young DW, Montecino M, Lian JB, Stein JL, van Wijnen AJ, Stein GS. Architectural epigenetics: mitotic retention of mammalian transcriptional regulatory information. *Mol Cell Biol* 2010;30(20):4758-66.
- Zhang L, Lu Q, Chang C. Epigenetics in Health and Disease. In: Chang C, Lu Q (Ed.). *Epigenetics in allergy and autoimmunity. Advances in Experimental Medicine and Biology*. Singapore: Springer; 2020. p. 3-55.

## **CORRELAZIONI TRA STRESS, VIOLENZA E INSORGENZA DI TUMORI FEMMINILI: DAI DATI EPIGENETICI ALL'EVIDENZA CLINICA**

Rachele Rossi (a), Federica Francescangeli (a), Maria Laura De Angelis (a), Simona Gaudi (b), Ann Zeuner (a)

(a) *Dipartimento Oncologia e Medicina Molecolare, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

La violenza contro le donne rappresenta un grave problema di salute pubblica che colpisce diverse culture e società. Secondo la World Health Organization, questo fenomeno colpisce circa un terzo di tutte le donne a livello globale (Sardinha *et al.*, 2022).

A livello nazionale, l'Istituto Superiore di Sanità ha coinvolto diversi gruppi di ricerca interni per elaborare un approccio multidisciplinare per la prevenzione e il sostegno delle donne che hanno subito violenza (e ha prodotto diversi video di sensibilizzazione consultabili alla pagina Youtube istituzionale <https://www.youtube.com/@istsupsan>). In ambito di violenza domestica è stato dato risalto anche alle forme di maltrattamento sottili, ma non meno dolorose della violenza fisica, come la violenza psicologica fatta di continue minacce, ricatti, comportamenti abusanti, prevaricatori, molestie verbali, critiche, accuse, svalutazioni e denigrazioni che isolano la vittima con conseguenze gravi sulla salute psico-fisica ad esempio ansia, depressione e disturbo post traumatico da stress (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD) (Longo *et al.*, 2022).

Negli ultimi anni, numerosi studi scientifici stanno avvalorando la tesi che lo stress cronico favorisca sia lo sviluppo che la progressione dei tumori, in particolare dell'ovaio e della mammella (Roberts *et al.*, 2019; Tian *et al.*, 2021; Pereira *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2022; Sloan *et al.*, 2010; Reiche *et al.*, 2004; Falcinelli *et al.*, 2021; Dai *et al.*, 2020; Le *et al.*, 2016). Lo stress cronico altera una varietà di processi a livello sia cellulare che di vari organi e sistemi come il sistema nervoso, quello ormonale e quello immunitario. Tali effetti possono promuovere cumulativamente lo sviluppo di tumori, inclusi i tumori femminili (Dai *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020).

Inoltre lo stress cronico altera i ritmi circadiani e la composizione del microbiota intestinale, che a loro volta mostrano ruoli importanti nella tumorigenesi.

Il ruolo dello stress cronico nell'influenzare la comparsa di tumori è un argomento dibattuto: infatti da un lato esistono numerosissimi studi a livello cellulare e molecolare che mostrano come ormoni e fattori collegati allo stress svolgano un ruolo importante nella tumorigenesi e neo-vascularizzazione tumorale (Dai *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020).

Dall'altro lato, studi epidemiologici svolti su grandi numeri di pazienti hanno dato risultati controversi (Bowen *et al.*, 2021). Se la correlazione tra stress e insorgenza dei tumori è ancora dibattuta, la correlazione tra stress e metastasi è supportata da evidenze molto chiare, soprattutto per il tumore della mammella (Sloan *et al.*, 2020; Le *et al.*, 2016; Obradović *et al.*, 2019; An *et al.*, 2021).

Pertanto, alla luce di queste evidenze, si può delineare una correlazione attendibile tra stress e tumori femminili. Poiché la violenza, sia fisica che psicologica, è una causa primaria di stress prolungato nelle vittime, sono molto importanti tutte le iniziative volte a monitorare sia le modificazioni epigenetiche e molecolari indotte dalla violenza sia la correlazione con l'insorgenza di tumori primari e metastatici.

## Epigenetica, stress e cancro

Epigenetica e carcinogenesi sono strettamente correlate e la ricerca oncologica negli ultimi anni convalida sempre più chiaramente questa correlazione. L'insorgenza e la progressione del cancro sono caratterizzate da alterazioni epigenetiche che inducono modificazioni nel DNA (come la metilazione di sequenze regolatorie) e negli istoni (come la metilazione e l'acetilazione), nonché la regolazione dell'espressione genica da parte di RNA non codificanti (ncRNA). Esistono diverse evidenze di alterazioni epigenetiche specificamente associate con l'insorgenza dei tumori femminili (Argentieri *et al.*, 2017; Palanca-Ballester *et al.*, 2021).

Lo stress è responsabile di una vasta gamma di cambiamenti sia epigenetici che metabolici, ormonali e a livello del sistema nervoso. Studi recenti hanno sottolineato come lo stress cronico e il disturbo post traumatico da stress (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD) siano in grado di attivare il sistema neuroendocrino classico (asse ipotalamo-ipofisi-surrene, *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis*, HPA) e il Sistema Nervoso Simpatico (SNS) e la conseguente produzione di ormoni dello stress.

Gli ormoni dello stress sono implicati a loro volta nella regolazione del sistema immunitario e dei sistemi di riparazione del DNA, sia inducendo direttamente i danni del DNA sia modulando la trascrizione dei geni correlati alla riparazione del danno (Dai *et al.*, 2020). Studi genetici ed epigenetici associati al trauma della violenza femminile hanno dimostrato cambiamenti in geni specifici che regolano i circuiti neurali. Alcuni di questi geni regolano la funzione nella serotonina, nelle catecolamine, e sistemi di glucocorticoidi, che sono anche implicati nella depressione.

L'associazione tra fattori psicologici, come depressione, ansia, stress e cancro è stata studiata a lungo ma, ha fornito risultati controversi probabilmente a causa dell'eterogeneità dei diversi dati demografici, nel disegno dello studio, nella particolare popolazione studiata e nelle misure di valutazione (Wang *et al.*, 2020). Tuttavia, alcune recenti meta-analisi mostrano una correlazione tra stress e tumore della mammella (Bahri *et al.*, 2019; Lin *et al.*, 2013).

Lo stress cronico aumenta i livelli ematici di adrenalina, noradrenalina e glucocorticoidi attivando continuamente l'asse HPA e il SNS. Aumenta anche la prolattina, che a sua volta attiva segnali che promuovono l'invasività tumorale. Studi sempre più numerosi stanno rivelando che lo stress cronico provoca vari disordini metabolici e sopprime una varietà di eventi nel sistema immunitario, entrambi fattori che possono contribuire all'insorgenza dei tumori e al fallimento dei trattamenti antitumorali (Dai *et al.*, 2020). A livello cellulare lo stress cronico è in grado anche di potenziare la staminalità del cancro alla mammella interrompendo il normale metabolismo del glucosio (Cui *et al.*, 2019).

Gli ormoni dello stress attivano varie vie di secrezione di citochine e segnali molecolari per rimodellare il microambiente tumorale attraverso il legame ai recettori adrenergici (AR) e ai recettori dei glucocorticoidi (Krizanova *et al.*, 2019; Eckerling *et al.*, 2021). Inoltre, l'attivazione del recettore adrenergico  $\beta_2$  da parte dell'adrenalina indotta da stress potrebbe promuovere la progressione del cancro alla mammella attraverso la polarizzazione dei macrofagi M2 nel microambiente tumorale (Qin *et al.*, 2015).

Nel polmone, lo stress cronico promuove la secrezione di noradrenalina che induce la fosforilazione dei canali cellulari per il trasporto del calcio e l'esocitosi di IGF2 nelle cellule epiteliali, stimolando la trasformazione maligna (Jang *et al.*, 2016). Nel cancro alla mammella lo stress attiva i recettori  $\beta_2$ -adrenergici inibendo significativamente l'espressione di PPAR $\gamma$  per promuovere l'angiogenesi e la progressione tumorale mediate da VEGF/FGF2 (Zhou *et al.*, 2020).

Inoltre, l'attivazione neuroendocrina indotta da stress induce un aumento di 30 volte della formazione di metastasi in un modello murino di carcinoma mammario primario (Sloan *et al.*, 2010). Nelle pazienti con carcinoma ovarico, l'isolamento sociale è stato in grado di promuovere

la secrezione di noradrenalina, quest'ultima correlata a tumori maligni più gravi (Lutgendorf *et al.*, 2012).

Lo studio sugli animali ha anche suggerito che lo stress cronico stimoli il rilascio di noradrenalina, con conseguente crescita del cancro ovarico guidato da FosB e IL-8 (Shahzad *et al.*, 2010). Infine, la concentrazione di glucocorticoidi, oltre alla funzione di regolazione immunitaria, potrebbe attenuare la funzione di p53 e promuovere la tumorigenesi nella mammella (Feng *et al.*, 2012). Ci sono anche diversi ormoni che partecipano ai cambiamenti mediati dallo stress oltre alle catecolamine adrenalina e noradrenalina e ai glucocorticoidi. La catecolamina inibitoria dopamina inibisce la crescita tumorale attraverso diversi meccanismi. Ad esempio, il trattamento con dopamina blocca l'angiogenesi tumorale indotta da stress e la crescita del tumore ovarico (Moreno-Smith *et al.*, 2013, Moreno-Smith *et al.*, 2011).

L'infiammazione è un altro anello di congiunzione fondamentale tra stress e cancro. Infatti lo stress causa la produzione di citochine infiammatorie (IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ ), specie reattive dell'ossigeno e fattori pro-tumorali/pro-metastatici (MMP-2, MMP-9, VEGF) che nell'insieme creano un microambiente favorevole alla trasformazione e metastatizzazione tumorale (Liu *et al.*, 2022).

In sintesi, è ormai chiaro che la presenza di stress cronico influenza la maggior parte dei segni distintivi del cancro mediati da meccanismi specifici tra cui la resistenza all'apoptosi, la vascolarizzazione, la transizione epiteliale-mesenchimale (EMT), l'evasione della distruzione immunitaria e la ristrutturazione delle reti linfatiche intorno al tumore e al suo interno, per offrire alle cellule tumorali nuove vie di diffusione (Le *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2020; Hong *et al.*, 2021).

## Biomarcatori

L'individuazione di biomarcatori epigenetici attraverso un prelievo di sangue periferico potrebbe in futuro diventare la tecnica preferenziale di diagnosi precoce per i tumori, grazie alla sua caratteristica di non-invasività (Palanca-Ballester *et al.*, 2021). A seconda del tipo di cancro, anche altri fluidi biologici come sangue, urina, liquido cerebrospinale e saliva possono essere utilizzati per la ricerca di *biomarker* epigenetici. La valutazione dei biomarcatori epigenetici nei fluidi biologici è un campo emergente in oncologia che può aiutare nello screening del cancro, nella diagnosi, nell'identificazione dei sottotipi tumorali, nonché nella previsione della risposta alla terapia e dell'esito (Palanca-Ballester *et al.*, 2021).

Diverse sostanze prodotte dal corpo in condizioni di stress come cortisolo, *adrenocorticotropic hormone* (ACTH), *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF), catecolamine, colesterolo, prolattina, ossitocina, interleuchina-6 e -8, possono essere utilizzate come biomarcatori e rilevate in campioni biologici (Noushad *et al.*, 2021). Un'importante classe di biomarcatori con potenziale funzione diagnostica presenti nei fluidi biologici sono i microRNA (miRNA), piccole molecole endogene di acido ribonucleico (RNA) non codificante a singolo filamento.

Esistono centinaia di studi che propongono i miRNA come biomarcatori diagnostici e prognostici nel cancro alla mammella. Rispetto alla valutazione di singoli miRNA, la rilevazione di "signature" o gruppi di miRNA sembra avere un valore diagnostico più elevato.

Alcune recenti pubblicazioni hanno identificato nella combinazione di quattro miRNA (miR-1246, miR-206, miR-24, miR-373) i *biomarker* per distinguere individui con alta suscettibilità al carcinoma mammario da individui sani con una sensibilità del 98%, una specificità del 96% e un'accuratezza del 97%, (Palanca-Ballester *et al.*, 2021).

Un altro studio ha dimostrato che tre miRNA, inclusi miR-15b, -27a e -233, hanno un buon valore clinico nella diagnosi del cancro dell'endometrio (Wang *et al.*, 2014). T

Pertanto, si potrebbe ipotizzare un monitoraggio nel tempo delle donne vittime di violenza per rilevare in modo non invasivo sia sostanze correlate a un elevato livello di stress, sia biomarcatori che indicano precocemente lo sviluppo di tumori.

## Considerazioni conclusive

Nel complesso, lo stress influenza tutte le fasi dell'evoluzione dei tumori, come indicato da studi su modelli cellulari e animali. L'esposizione cronica a fattori di stress, come si verifica nel caso di violenze/maltrattamenti protratti nel tempo, potrebbe aumentare la suscettibilità sia allo sviluppo di tumori che alla comparsa di metastasi, contribuendo pertanto a un aumento della mortalità a lungo termine.

La violenza contro le donne è un problema pervasivo che attraversa i confini razziali e socioeconomici e il suo impatto sulla salute delle donne è ancora in gran parte sconosciuto. Sebbene gli studi epidemiologici forniscano risultati controversi a causa di fattori difficilmente risolvibili (mancanza di armonizzazione delle misure, e dei disegni retrospettivi, campioni piccoli e idiosincratici), i dati ottenuti su modelli animali mostrano chiaramente che lo stress cronico può essere considerato una con-causa nell'oncogenesi attraverso un accumulo di danni del DNA, aumento dell'infiammazione e soppressione del sistema immunitario.

Data l'enorme diffusione sia del cancro che della violenza sulle donne, è fondamentale che vengano aumentate le conoscenze in questo campo e identificati degli approcci diagnostici e preventivi. A tal fine, è imperativo che tutte le realtà coinvolte in questo fenomeno, a partire dalle forze dell'ordine, medici, assistenti sociali, associazioni e ricercatori siano messi in condizione di collaborare e integrare le loro conoscenze.

## Bibliografia

- An J, Feng L, Ren J, Li Y, Li G, Liu C, Yao Y, Yao Y, Jiang Z, Gao Y, Xu Y, Wang Y, Li J, Liu J, Cao L, Qi Z, Yang L. Chronic stress promotes breast carcinoma metastasis by accumulating myeloid-derived suppressor cells through activating  $\beta$ -adrenergic signaling. *Oncoimmunology* 2021;10(1):2004659.
- Argentieri MA, Nagarajan S, Seddighzadeh B, Baccarelli AA, Shields AE. Epigenetic pathways in human disease: the impact of DNA methylation on stress-related pathogenesis and current challenges in biomarker development. *EBioMedicine* 2017;18:327-50.
- Bahri N, Fathi Najafi T, Homaei Shandiz F, Tohidinik HR, Khajavi A. The relation between stressful life events and breast cancer: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Breast cancer research and treatment* 2019;176:53-61.
- Bowen DJ, Fernandez Poole S, White M, Lyn R, Flores DA, Haile HG, Williams DR. The role of stress in breast cancer incidence: risk factors, interventions, and directions for the future. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(04):1871.
- Cui B, Luo Y, Tian P, Peng F, Lu J, Yang Y, Su Q, Liu B, Yu J, Luo X, Yin L, Cheng W, An F, He B, Liang D, Wu S, Chu P, Song L, Liu X, Luo H, Xu J, Pan Y, Wang Y, Li D, Huang P, Yang Q, Zhang L, Zhou BP, Liu S, Xu G, Lam EW, Kelley KW, Liu Q. Stress-induced epinephrine enhances lactate dehydrogenase A and promotes breast cancer stem-like cells. *J Clin Invest* 2019;129(3):1030-46.
- Dai S, Mo Y, Wang Y, Xiang B, Liao Q, Zhou M, Li X, Li Y, Xiong W, Li G, Guo C, Zeng Z. Chronic stress promotes cancer development. *Front Oncol* 2020;10:1492.
- Eckerling A, Ricon-Becker I, Sorski L, Sandbank E, Ben-Eliyahu S. Stress and cancer: mechanisms, significance and future directions. *Nat Rev Cancer* 2021;21(12):767-85.

- Falcinelli M, Thaker PH, Lutgendorf SK, Conzen SD, Flaherty RL, Flint MS. The role of psychologic stress in cancer initiation: clinical relevance and potential molecular mechanisms. *Cancer Res* 2021;81(20):5131-40.
- Feng Z, Liu L, Zhang C, Zheng T, Wang J, Lin M, Zhao Y, Wang X, Levine AJ, Hu W. Chronic restraint stress attenuates p53 function and promotes tumorigenesis. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012;109(18):7013-8.
- Hong H, Ji M, Lai D. Chronic stress effects on tumor: pathway and mechanism. *Front Oncol* 2021;11:738252.
- Jang HJ, Boo HJ, Lee HJ, Min HY, Lee HY. Chronic stress facilitates lung tumorigenesis by promoting exocytosis of IGF2 in lung epithelial cells. *Cancer Res* 2016;76(22):6607-19.
- Krizanova O, Babula P, Pacak K. Stress, catecholaminergic system and cancer. *Stress* 2016;19(4):419-28.
- Le CP, Nowell CJ, Kim-Fuchs C, Botteri E, Hiller JG, Ismail H, Pimentel MA, Chai MG, Karnezis T, Rotmensz N, Renne G, Gandini S, Pouton CW, Ferrari D, Möller A, Stacker SA, Sloan EK. Chronic stress in mice remodels lymph vasculature to promote tumour cell dissemination. *Nat Commun* 2016;7:10634.
- Lin Y, Wang C, Zhong Y, Huang X, Peng L, Shan G, Wang K, Sun Q. Striking life events associated with primary breast cancer susceptibility in women: a meta-analysis study. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 2013;32:1-8.
- Liu Y, Tian S, Ning B, Huang T, Li Y, Wei Y. Stress and cancer: The mechanisms of immune dysregulation and management. *Front Immunol* 2022;13:1032294.
- Longo E, De Castro P, De Santi A, Scaravelli G. Violenza domestica e conseguenze sulla salute psicofisica. *Not Ist Super Sanità* 2022;35(2):4.
- Lutgendorf SK, De Geest K, Bender D, Ahmed A, Goodheart MJ, Dahmouch L, Zimmerman MB, Penedo FJ, Lucci JA 3rd, Ganjei-Azar P, Thaker PH, Mendez L, Lubaroff DM, Slavich GM, Cole SW, Sood AK. Social influences on clinical outcomes of patients with ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2012;30(23):2885-90.
- Moreno-Smith M, Lee SJ, Lu C, Nagaraja AS, He G, Rupaimoole R, Han HD, Jennings NB, Roh JW, Nishimura M, Kang Y, Allen JK, Armaiz GN, Matsuo K, Shahzad MM, Bottsford-Miller J, Langley RR, Cole SW, Lutgendorf SK, Siddik ZH, Sood AK. Biologic effects of dopamine on tumor vasculature in ovarian carcinoma. *Neoplasia* 2013;15(5):502-10.
- Moreno-Smith M, Lu C, Shahzad MM, Pena GN, Allen JK, Stone RL, Mangala LS, Han HD, Kim HS, Farley D, Berestein GL, Cole SW, Lutgendorf SK, Sood AK. Dopamine blocks stress-mediated ovarian carcinoma growth. *Clin Cancer Res* 2011;17(11):3649-59.
- Noushad S, Ahmed S, Ansari B, Mustafa U-H, Saleem Y, Hazrat H. Physiological biomarkers of chronic stress: A systematic review. *International Journal of Health Sciences* 2021;15(5):46.
- Obradović MMS, Hamelin B, Manevski N, Couto JP, Sethi A, Coissieux MM, Müntz S, Okamoto R, Kohler H, Schmidt A, Bentires-Alj M. Glucocorticoids promote breast cancer metastasis. *Nature* 2019;567(7749):540-4.
- Palanca-Ballester C, Rodriguez-Casanova A, Torres S, Calabuig-Fariñas S, Exposito F, Serrano D, Redin E, Valencia K, Jantus-Lewintre E, Diaz-Lagares A, Montuenga L, Sandoval J, Calvo A. Cancer Epigenetic biomarkers in liquid biopsy for high incidence malignancies. *Cancers (Basel)* 2021;(13):12.
- Pereira MA, Araujo A, Simoes M, Costa C. Influence of psychological factors in breast and lung cancer risk-a systematic review. *Front Psychol* 2021;12:769394.
- Qin JF, Jin FJ, Li N, Guan HT, Lan L, Ni H, Wang Y. Adrenergic receptor beta2 activation by stress promotes breast cancer progression through macrophages M2 polarization in tumor microenvironment. *BMB Rep* 2015;48(5):295-300.

- Reiche EM, Nunes SO, Morimoto HK. Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol* 2004;5(10):617-25.
- Roberts AL, Huang T, Koenen KC, Kim Y, Kubzansky LD, Tworoger SS. Posttraumatic Stress disorder is associated with increased risk of ovarian cancer: a prospective and retrospective longitudinal cohort study. *Cancer Res* 2019;79(19):5113-20.
- Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stockl H, Meyer SR, Garcia-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet* 2022;399(10327):803-13.
- Shahzad MM, Arevalo JM, Armaiz-Pena GN, Lu C, Stone RL, Moreno-Smith M, Nishimura M, Lee JW, Jennings NB, Bottsford-Miller J, Vivas-Mejia P, Lutgendorf SK, Lopez-Berestein G, Bar-Eli M, Cole SW, Sood AK. Stress effects on FosB-and interleukin-8 (IL8)-driven ovarian cancer growth and metastasis. *Journal of Biological Chemistry* 2010;285(46):35462-70.
- Sloan EK, Priceman SJ, Cox BF, Yu S, Pimentel MA, Tangkanangnukul V, Arevalo JM, Morizono K, Karanikolas BD, Wu L, Sood AK, Cole SW. The sympathetic nervous system induces a metastatic switch in primary breast cancer. *Cancer Res* 2010;70(18):7042-52.
- Tian W, Liu Y, Cao C, Zeng Y, Pan Y, Liu X, Peng Y, Wu F. Chronic stress: impacts on tumor microenvironment and implications for anti-cancer treatments. *Front Cell Dev Biol* 2021;9:777018.
- Wang C, Shen Y, Ni J, Hu W, Yang Y. Effect of chronic stress on tumorigenesis and development. *Cell Mol Life Sci* 2022;79(9):485.
- Wang L, Chen YJ, Xu K, Xu H, Shen XZ, Tu RQ. Circulating microRNAs as a fingerprint for endometrial endometrioid adenocarcinoma. *PLoS One* 2014;9(10):e110767.
- Wang YH, Li JQ, Shi JF, Que JY, Liu JJ, Lappin JM, Leung J, Ravindran AV, Chen WQ, Qiao YL, Shi J, Lu L, Bao YP. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry* 2020;25(7):1487-99.
- Zhang L, Pan J, Chen W, Jiang J, Huang J. Chronic stress-induced immune dysregulation in cancer: implications for initiation, progression, metastasis, and treatment. *American journal of cancer research* 2020;10(5):1294.
- Zhou J, Liu Z, Zhang L, Hu X, Wang Z, Ni H, Wang Y, Qin J. Activation of beta2-Adrenergic receptor promotes growth and angiogenesis in breast cancer by down-regulating PPAR $\gamma$ . *Cancer Res Treat* 2020;52(3):830-47.

# CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE TRA PROSPETTIVE INTEGRATE DI INTERVENTO: IL TRATTAMENTO DEGLI AUTORI DI REATO

Paolo Giulini, Francesca Garbarino  
*Centro Italiano per la Promozione della Mediazione, Milano*

## Introduzione

L'intento del presente contributo consiste nel proporre esperienze, interventi e prassi maturati nel tempo, in rapporto ai cambiamenti sia culturali che normativi, anche contribuendo agli stessi.

La lotta alla violenza di genere, anche a livello internazionale, si è sviluppata progressivamente tramite azioni, oggi sinergiche, di contrasto, nei tre ambiti della tutela delle vittime, del trattamento degli autori di reato e infine della tutela dei figli minorenni, vittime di violenza assistita.

La diffusione di tali prassi è stata ed è caratterizzata da difficoltà e ostacoli anche su un piano culturale; tale aspetto connota in particolare il tema delle pratiche trattamentali rivolte agli autori di reato. È infatti frequente la tendenza alla stigmatizzazione nei confronti di questi ultimi da parte dell'opinione pubblica, anche, ad esempio, a livello mediatico.

Lo spostamento del problema sul "mostro" consente di prendere le distanze, anche dalla responsabilità individuale e sociale, invece che affrontare il problema. Appare d'altro canto riduttiva anche una lettura sociologica, che consideri ad esempio la violenza come mera espressione della cultura patriarcale.

L'adozione di un approccio criminologico-multidisciplinare, integrato e sistemico-, consente la considerazione del tema nella sua complessità, in particolare con riferimento al piano della prevenzione.

In tale prospettiva la Convenzione di Istanbul prevede (art. 16) che gli Stati aderenti sostengano programmi di trattamento, recupero e accompagnamento dei soggetti responsabili di atti di violenza nelle relazioni affettive e di reati sessuali, al fine di favorirne il recupero e di limitare i casi di recidiva.

Negli Stati Uniti, dove i primi programmi trattamentali risalgono agli anni Settanta, e nella maggior parte dei paesi europei, dove sono stati avviati alla fine degli anni Novanta, l'esperienza del trattamento dei rei ha una consolidata tradizione (Morrel *et al.*, 2003) in Italia è più recente.

Il Centro Italiano per la Promozione della Mediazione (CIPM) vi ha pionieristicamente avviato tale attività nel 2005. Si tratta di una Cooperativa Sociale che ha introdotto e che promuove, anche a livello internazionale, le pratiche di Giustizia Riparativa – che pongono al centro la vittima di reato – fin dal 1995 e i programmi di trattamento per autori di reato sin dal 2005. Attualmente, le sedi presenti in 11 Regioni italiane gestiscono tali percorsi in carcere e sul territorio.

Gli interventi nei confronti dei rei sono stati sviluppati a partire dalla considerazione che un'effettiva tutela delle vittime comporti il coinvolgimento degli stessi, offrendo uno spazio di riflessione e sviluppando prassi efficaci, con riferimento a situazioni molto differenti, caratterizzate dalla violenza, episodica o frequente, psicologica, fisica, sessuale, fino all'omicidio.

Gli operatori del CIPM gestiscono, in particolare, programmi trattamentali in carcere e sul territorio che hanno consentito, anche grazie al continuo confronto con differenti tipi di intervento a livello internazionale, l'elaborazione di un modello integrato.

Non è possibile tracciare un identikit dell'autore di reato violento: non esiste un "tipo d'autore di reato", in quanto le persone non sono identificabili con il reato commesso e "personalità" e "reato" non sono entità epistemologicamente assimilabili (Merzagora Betsos, 2009). La ricerca illustra inoltre come gli uomini violenti appartengano ai più diversi contesti, indipendentemente dal ceto socio-culturale ed economico (Salerno, 2016) e come la commissione dei reati sia caratterizzata dalla multifattorialità.

Dalla nostra esperienza emergono però tendenzialmente dei tratti comuni: coloro che commettono reati violenti nei confronti delle donne presentano nella maggioranza dei casi aspetti di vulnerabilità, a livello personale e relazionale, e appaiono, anche in connessione con una cultura ancora permeata dall'ineguaglianza di genere, convinti di essere dalla parte della legge.

La sanzione per questi autori è determinante, anche sul piano simbolico, in quanto sottolinea che la violenza è reato, che comporta una responsabilità penale, dando un limite alle distorsioni cognitive con un messaggio preciso. Ciò appare fondamentale anche con riferimento alle vittime, che spesso, a causa di diversi fattori, speculari a quelli che caratterizzano gli aggressori, faticano a riconoscersi come tali e tendono a loro volta a minimizzare la gravità di tali atti. In particolare il nostro Paese, con residui culturali di autoritarismo, in cui si tende a "non vedere" per salvaguardare l'unità familiare, in cui ad esempio fino al 1975 (Legge 151/1975) (Italia, 1975) il diritto di famiglia prevedeva l'obbedienza della moglie al marito e in cui la causa d'onore ha perso rilevanza penale solo nel 1981 (Legge 442/1981) (Italia, 1981), a partire dal 2006 ha adottato diverse normative specifiche a tutela delle vittime caratterizzate da vulnerabilità rispetto all'autore del reato.

La mera sanzione detentiva determina però un "congelamento" delle problematiche sottese al reato, che al termine della pena tendono a riproporsi e rischiano di costituire la premessa per una recidiva, favorita peraltro dalla circostanza, emergente dalle statistiche, del frequente rientro in famiglia degli autori di reati intrafamiliari. Nel Regno Unito, ad esempio, quasi il 50% delle donne tornano dal compagno dopo che lo stesso ha espiato la pena e riprendono la relazione (Agnello Hornby & Calloni, 2013).

## Trattamento criminologico degli autori

Appare pertanto determinante, con l'obiettivo prioritario di migliorare la sicurezza delle vittime, l'attivazione di programmi trattamentali per i perpetratori, oggi previsti anche normativamente a partire dalle Convenzione di Lanzarote del 2007 fino alla Convenzione di Istanbul del 2011 (Europa, 2011), art. 13 *bis* Ordinamento Penitenziario (OP) (Legge 38/2009), art. 282 *quater* Codice Procedura Penale (CPP) (Legge 119/2013) (Italia, 2013), articolo 163 co. 5 Codice Penale (CP) (Legge 69/2019) (Italia, 2019), che favoriscano l'avvio di una riflessione, durante la detenzione e successivamente, perché possano continuare a chiedere aiuto a fronte delle difficoltà che incontrano, in particolare nel momento "vuoto" di passaggio al termine della pena. È peraltro evidente la necessità della diffusione di tali programmi nel caso in cui la pena venga sospesa (art. 163 comma 5 c.p.) e ancor più precedentemente alla commissione di un reato, in una prospettiva di prevenzione primaria.

Presupposto della partecipazione a tali programmi è la commissione di un reato, di una condotta che potrebbe configurarlo (art. 8 Legge 38/2009, art. 3 Legge 119/2013) o la consapevolezza del rischio del passaggio all'atto. Per tale ragione riteniamo determinante la proposta di un trattamento criminologico, spesso connesso alla pena, ben distinto da una terapia, che si fonda su una domanda d'aiuto, tendenzialmente assente nel caso degli autori di reato. Il trattamento criminologico, introdotto in Italia dal CIPM, prevede una co-conduzione mista, criminologico-giuridica e psicologica.

Approcci a impostazione psicoterapeutica consentono l'eventuale individuazione di aspetti psicopatologici nell'assetto della personalità, ma rischiano di favorire una patologizzazione dell'autore di reato. Una terapia presupporrebbe infatti il bisogno della persona "di una cura per una patologia che ha indotto a delinquere" (Lorenzetti, 2018) e il ricorso alle categorie diagnostiche comporterebbe, ancora una volta, il rischio dell'etichettamento, e di un allontanamento dall'assunzione della responsabilità. In ogni caso, dalle ricerche emerge come tra gli autori di violenza di genere non sia possibile tracciare un profilo psicologico né individuare una categoria psicodiagnostica specifica (es. Hirigoyen, 2013), e come la malattia mentale non sia più diffusa che nella popolazione generale (l'Istituto di ricerca EuRES, Ricerche Economiche e Sociali, in particolare evidenza che solo il 13,4% dei femminicidi aveva una diagnosi di disturbo psichico) (EuRES, 2022).

È necessaria, d'altro canto, come emerge ad esempio dagli *standard of respect*, una specifica preparazione criminologica, che comporti una conoscenza giuridica e deontologica relativamente alle norme in materia di violenza domestica, protezione delle vittime, segreto professionale e limiti dello stesso (Merzagora Betsos, 2009).

La prospettiva criminologica consente di affrontare i temi connessi alla criminogenesi e alla criminodinamica con una lettura integrata, considerando il quadro giuridico, aspetti psicologici ed educativi, centrali rispetto al modo di concepire la relazione con l'altro. Viene affrontato in particolare il tema della subcultura dell'ineguaglianza di genere, che caratterizza l'interpretazione del reato nella maggioranza dei casi, favorendo le distorsioni cognitive di minimizzazione e negazione: spesso gli autori e anche le vittime di violenza di genere hanno integrato schemi di pensiero dominanti relativi alle relazioni uomo-donna e connessi al contesto socioeconomico.

Il trattamento criminologico mira a favorire l'assunzione della responsabilità, non solo formale, ma sostanziale, del soggetto. Viene effettuato dal CIPM in una prospettiva di giustizia riparativa (Garbarino & Giulini, 2020), che pone al centro l'esperienza della vittimizzazione, diretta e indiretta, in particolare, con riferimento alla violenza domestica, della compagna e dei minori che hanno assistito al reato, nei cui confronti il reo è responsabile.

Proprio al fine di migliorare la sicurezza delle vittime, prevenendo la recidiva, è necessario che sia le azioni rivolte alla tutela delle stesse che gli interventi con gli autori di violenza prevedano un'attenta valutazione del rischio. Le competenze criminologiche consentono in particolare di porre l'accento sulle situazioni a rischio di ripetizione e di escalation, nell'ambito delle quali si manifestano i comportamenti violenti, formulando previsioni circa la potenziale pericolosità. Vengono utilizzati in tale prospettiva indicatori di riferimento – anche utilizzando test considerati unanimemente più validi in letteratura, solo a scopo clinico- per prevenire e accompagnare, a partire dalla fase di inserimento nel programma, il cambiamento delle persone maggiormente a rischio, e, nel caso in cui gli operatori abbiano fondati motivi di ritenere che qualcuno sia in pericolo, per segnalarlo agli interessati, vittima e autore, alla Polizia e all'Autorità giudiziaria di riferimento. Attualmente il CIPM sta effettuando la validazione dei due test canadesi maggiormente impiegati in letteratura per la previsione del rischio di recidiva sessuale deviante (Hogan & Sribney, 2019).

Il dispositivo trattamentale più efficace e più spesso impiegato, in particolare nella nostra esperienza, è quello gruppale. In contrapposizione alla segretezza della violenza domestica, attuata nell'intimità del focolare, la risposta giudiziaria la definisce chiaramente quale problematica sociale, che riguarda tutti. La metodologia gruppale si colloca in continuità con tale risposta, che riporta ciascuno alla responsabilità individuale e collettiva.

Con riferimento alle esperienze in ambito detentivo, il CIPM ha attivato diversi progetti per autori di reato sessuale, per i casi di stalking e violenza domestica, e rivolti ad autori di femminicidio. Si fa riferimento alle esperienze attuate sul territorio milanese, successivamente replicate nelle undici Regioni in cui è presente la cooperativa (Giulini & Xella, 2011; Garbarino

& Giulini, 2019). Dal 2005, ai sensi del DPR 230/2000, che prevede la “creazione di apposite sezioni a custodia attenuata” per determinate tipologie di rei, il CIPM ha realizzato, in collaborazione con il Provveditorato Lombardia del Ministero della Giustizia e la Seconda Casa di Reclusione di Milano-Bollate, l’Unità di Trattamento Intensificato per autori di reato sessuale (UTI).

Nel 2009, nell’ambito di un progetto europeo tra i primi in Europa (*Constitution of stalking violence office* della European Commission - Directorate General Justice And Security), il CIPM ha avviato il primo gruppo trattamentale per autori di violenza relazionale e domestica presso la Casa Circondariale di Milano-San Vittore. A partire dal 2022, presso la Casa di Reclusione di Milano-Bollate ha attivato l’Unità di Trattamento Intensificato (UTI) per i reati connessi alla violenza di genere, la prima attivata a livello europeo, che rappresenta una sfida sul piano culturale, anche in considerazione degli aspetti disfunzionali della subcultura carceraria nei confronti dei reati relazionali. A tali esperienze fanno da contrappunto quelle trattamentali extramoenia, inaugurate nel 2009 dal Presidio Criminologico Territoriale del Settore Sicurezza del Comune di Milano, dove vengono effettuati interventi trattamentali, individuali e di gruppo, rivolti ad autori di violenza nelle relazioni strette e ad autori di violenza sessuale. Nel 2018 è stato siglato il Protocollo Zeus con la Questura di Milano, successivamente diffusosi a livello nazionale, per l’intervento precoce nei casi di *stalking* e in quelli che potrebbero integrare i c.d. reati sentinella. Il Questore informa il soggetto ammonito della possibilità di sottoporsi a un programma di prevenzione organizzato dai servizi socio-assistenziali del territorio (art. 3, Legge 119/2013; Garbarino & Giulini, 2020).

I dati raccolti dal 5 aprile 2018 fino al 9 febbraio 2023 sono molto incoraggianti. Su un totale di 774 ammoniti, 645(83,33%) sono stati inviati al CIPM, e se ne sono presentati 480(74,41%), dei quali solo 61 hanno reiterato le condotte, pari al 12,7%, mentre tra i 165 soggetti che non hanno ottemperato all’invito del Questore di partecipare ai colloqui, la percentuale di recidiva sale al 16,36%.

Il CIPM è capofila del progetto europeo ENABLE (*Early Network-based Action Against violent Behaviours to Leverage victim Empowerment*), mirato alla validazione degli esiti del protocollo Zeus, nell’ambito di nove Questure italiane. Il progetto prevede una ricerca, sia quantitativa che qualitativa, effettuata dal Centro di Ricerca sulle dinamiche evolutive ed educative dell’Università Cattolica (CRIdee).

L’esperienza trattamentale con gli autori di reato ha evidenziato la necessità di inserirla nell’ambito di una cornice più ampia, denominata “campo del trattamento”. Il concetto di “campo del trattamento” offre la possibilità di strutturare un *ponte* tra interno ed esterno al carcere. Ci si riferisce a un luogo, anche simbolico, che favorisca la predisposizione a un’esperienza emotiva e di riflessione. Si crea in tal modo un processo longitudinale di sorveglianza e prevenzione in cui il reo viene inserito, anche per favorire una presa di contatto e un’alleanza sia con gli operatori trattamentali che con le risorse esterne di riferimento, in una prospettiva di “controllo benevolo”.

L’aggettivo “benevolo” evidenzia l’aspetto di opportunità per il soggetto, di azione protettiva e non intrusiva, in vista di un implemento delle proprie risorse relazionali, lavorative e sociali, finalizzate al cambiamento verso uno stile di vita maggiormente funzionale. L’attività trattamentale viene attuata dal CIPM, nell’ambito di una presa in carico multidimensionale e con un’equipe multidisciplinare, nella prospettiva di un funzionamento di rete interdisciplinare tra Servizi e istituzioni deputati alla presa in carico dei soggetti coinvolti. C’è chi fa riferimento al riguardo a una funzione di “intercontenimento” (Balier, 1999),

A fronte della multidimensionalità del fenomeno, l’esperienza ha infatti evidenziato l’aspetto cruciale di una prospettiva multidisciplinare delle azioni di contrasto e della sinergia delle stesse. A partire dagli anni novanta, è emerso che l’efficacia stessa degli interventi dipende anche dai collegamenti e dalle relazioni stabilite tra tutti gli attori operanti in quel determinato contesto.

La Convenzione di Istanbul (artt. 1, 7, 16 comma 3, art 18 comma 3) ha rinforzato tale assunto, ponendo i diritti delle vittime al centro di tutte le misure, che vanno attuate con una collaborazione efficace tra tutti gli enti a vario titolo coinvolti.

## Valorizzazione della rete territoriale

La promozione della rete territoriale costituisce attualmente un obiettivo fondamentale nel contrasto alla violenza di genere, anche nella prospettiva dell'attuazione dei principi sanciti dalla Convenzione di Istanbul. In una prospettiva multidisciplinare e di sinergia delle azioni di contrasto alla violenza di genere, la legge prefigura infatti un sistema a rete dei servizi, per la formulazione e l'implementazione di politiche e interventi.

Il progetto "UOMo: Uomini, Orientamento e Monitoraggio", ideato e attuato su bando di Regione Lombardia e l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Città Metropolitana Milano da un partenariato di enti operativi nell'ambito del trattamento degli autori di violenza, prevede la sperimentazione in tutto il territorio di ATS Milano di un modello di rete basato sull'integrazione multidisciplinare e interistituzionale, che potrebbe essere successivamente esteso al resto del territorio regionale, tramite le ATS competenti per territorio.

La Regione Lombardia, che ha adottato il Piano Regionale Antiviolenza 2020-2023 (Regione Lombardia, 2020), e ATS Città Metropolitana Milano hanno valorizzato le esperienze trattamentali esistenti, nate, come nel caso dei Centri Antiviolenza, nell'ambito del Terzo Settore – che ha risposto a una complessità di bisogni con interventi multidisciplinari e multidimensionali, non riconducibili ad esempio a mere prestazioni sanitarie – attribuendo agli enti partner ruolo attivo nella co-progettazione e ideazione delle azioni. La Legge 328/2000 (Italia, 2000) ha introdotto una concezione del Terzo Settore non più come supplente o più conveniente rispetto ai ruoli e ai costi della Pubblica Amministrazione, ma come portatore di interessi diffusi, a partire dal ruolo di tutela dei diritti, dei bisogni e delle istanze dei cittadini. Capofila del progetto è la cooperativa sociale CIPM; i partner sono Savid-Università degli Studi di Milano, Fondazione Somaschi Onlus e Dorian Gray Onlus.

Obiettivo del progetto è la strutturazione di un sistema di presa in carico destinato a uomini autori di violenza, con la creazione di un modello di rete territoriale di contrasto alla violenza di genere. Si è pertanto costituita una rete interistituzionale, che comprende le Reti antiviolenza, l'intera rete territoriale dei Servizi Socioassistenziali e Sociosanitari e i Servizi per il trattamento degli autori di atti violenti, mirata alla gestione e al monitoraggio degli interventi per l'effettuazione di un'intercettazione precoce delle situazioni di violenza e per la presa in carico degli uomini maltrattanti, con una continua connessione e dialogo tra i diversi soggetti.

Una priorità riguarda nello specifico, nella prospettiva dell'attuazione del comma 3 dell'art. 16 della Convenzione di Istanbul, l'individuazione di modelli di connessione possibile tra le progettualità e gli interventi dei Centri Antiviolenza, deputati alla tutela e al sostegno delle vittime, con le azioni e le progettualità relative agli autori di violenza.

Il progetto ha istituito un Centro territoriale specificatamente deputato alla valutazione, alla presa in carico e al monitoraggio dei casi, attraverso un vertice osservativo e operativo in coordinamento con gli altri servizi o le azioni attivate nella gestione di situazioni di violenza.

Tutti i casi intercettati dalle reti formali e informali, dai canali di invio o segnalazione istituzionali, territoriali o del privato sociale, nonché le domande spontanee pervengono al servizio, come snodo centralizzato della presa in carico.

Ne consegue la possibilità di connessione di tutti i servizi e attori coinvolti, direttamente e indirettamente, nella presa in carico, tutela o gestione di un caso, favorendo in maniera strutturata e sistematizzata la condivisione di informazioni e la co-progettazione e

coordinamento del piano di azione e tutela delle vittime. A questo scopo sono stati effettuati per tutti i soggetti della rete incontri formativi mirati alla diffusione di una cultura trattamentale, incentrata su un cambiamento di paradigma rispetto alla considerazione dell'uomo a rischio di commettere atti violenti.

L'obiettivo sarà inoltre perseguito attraverso l'elaborazione di Linee guida per la definizione di procedure e interventi di aggancio e di presa in carico integrata degli uomini maltrattanti elaborate dal Centro di Ricerca ADV (*Against Domestic Violence*, Centro di ricerca del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca), che garantisce un approccio scientifico nella valutazione dei risultati e delle metodologie di approccio al problema.

Tra le nuove procedure, segnaliamo in particolare il Protocollo tra il Tribunale di Milano, ATS e CIPM, per l'invio dei casi al servizio in connessione alla recente normativa, che colloca il Tribunale tra i soggetti della rete interistituzionale.

## Considerazioni conclusive

In conclusione, ci sembra che il progetto UOMo indichi la direzione in cui proseguire l'impegnativo lavoro ancora necessario sul piano del contrasto alla violenza di genere.

Con riferimento ai Centri per Uomini Autori di Violenza (CUAV, denominazione introdotta dall'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 14 settembre 2022) (Conferenza Stato Regioni, 2022), in particolare, riteniamo determinante il piano della ricerca scientifica in merito all'efficacia degli interventi. A livello di sistema, appare necessaria la previsione di modalità di collaborazione sempre più formalizzate e stabili, con procedure condivise e integrate, fra le istituzioni, i servizi pubblici, il terzo settore, in particolare gli enti a tutela delle vittime e quelli per il trattamento degli autori di violenza. Ciò al fine di garantire, anche con ampie azioni di sensibilizzazione e prevenzione, la capacità di affrontare la questione della violenza di genere nelle sue profonde radici culturali, riconoscendola e contrastandola, e l'efficacia e la completezza degli interventi.

## Bibliografia

- Agnello Hornby S, Calloni M. *Il male che si deve raccontare per cancellare la violenza domestica*. Milano: Feltrinelli Editore; 2013.
- Balier, C. Destructivité traumatisme: déculturation. *Psychiatrie française* 1999;30(11):47-56.
- Conferenza Stato Regioni. Intesa del 14 settembre 2022, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sui requisiti minimi dei centri per uomini autori di violenza domestica e di genere (Rep. Atti n. 184/CSR del 14 settembre 2022), *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 276 del 25 novembre 2022.
- EuRES. *IX Rapporto EURES sul femminicidio in Italia 2022 Caratteristiche e tendenze*. Roma: Istituto Ricerche Economiche e Sociali; 2022.
- Europa. Consiglio d'Europa. Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, 11 maggio 2011, ratificata in Italia con Legge 77/2013. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 153 del 2 luglio 2013. Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa n. 210.
- Garbarino, F, Giulini, P. Interventi di giustizia riparativa nella prevenzione della lesività delle condotte persecutorie. *Psicobiattivo* 2019;39.

- Garbarino, F, Giulini, P. La violenza nelle relazioni strette. L'esperienza di giustizia riparativa del CIPM (Centro Italiano per la Promozione della Mediazione. In: Pezzini B, Lorenzetti A (Ed.). *La violenza di genere dal codice Rocco al codice rosso*. Torino: Giappichelli Ed.; 2020. p. 1863-83.
- Giulini P, Emiletti L. Treatment for sex offenders in prison. The experience of the intensified treatment unit in Milano-Bollate prison, *Rassegna Italiana di Criminologia* 2018;(3):247-53.
- Giulini P, Scotti A. Il campo del trattamento del reo sessuale tra ingiunzione terapeutica e controllo benevolo, *Rivista di Medicina Legale e delle Assicurazioni* 2013;4:1863-83.
- Giulini, P, Xella, C. *Buttare la chiave. La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2011.
- Hirigoyen MF. *Sottomesse*. Einaudi: Torino; 2013.
- Hogan N, Sribney C. Combining Static-99R and STABLE-2007 risk categories: An evaluation of the five-level system for risk communication. *Sexual Offender Treatment* 2019;14(1). Consultabile all'indirizzo: <http://www.sexual-offender-treatment.org/187.html>; ultima consultazione 8 giugno 2023.
- Italia. Legge 19 maggio 1975, n. 151. Riforma del diritto di famiglia. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 135 del 23 maggio 1975.
- Italia. Legge 5 agosto 1981, n. 442. Abrogazione della rilevanza penale della causa d'onore. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 218, 10 agosto 1981.
- Italia. Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 265, 13 novembre 2000.
- Italia. Legge 15 ottobre 2013, n. 119. Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 14 agosto 2013 n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 242, 15 ottobre 2013.
- Italia. Legge 19 luglio 2019, n. 69. Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alle disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 173, del 25 luglio 2019.
- Lorenzetti, A. *Giustizia riparativa e dinamiche costituzionali. Alla ricerca di una soluzione costituzionalmente preferibile*. Milano: Franco Angeli; 2018.
- Merzagora Betsos I. *Uomini violenti. I partner abusanti e il loro trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2009.
- Morrel, TM, Elliott, JD, Murphy CM, Taft CT. Cognitive behaviour and supportive group treatments for partner-violent men. *Behaviour-Therapy* 2003;34:77-95.
- Regione Lombardia. Delibera n. XI/999 del 20 febbraio 2020 del Consiglio Regionale della Regione Lombardia. Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne 2020-2023. ATTI: 2018/XI.2.4.1.1.
- Salerno, A. Psicodinamica delle relazioni violente. Aspetti psicologici, clinici e sociali. In: Accaro S (Ed.). *Violenza di genere, Saperi contro*. Sesto San Giovanni (Mi): MIM Edizioni Srl; 2016. p. 54.

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Simona Gaudi

*Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Questo documento, condotto da un gruppo multidisciplinare, rappresenta il punto di partenza e di collaborazione che ha come scopo quello di proporre una serie di strategie innovative e/o d'interconnessione al fine di garantire alla donna, che ha subito violenza, un'assistenza nel lungo periodo e una migliore qualità e aspettativa di vita. Durante la pandemia da SARS-CoV-2 a causa del *lockdown*, gli episodi di violenza sono aumentati rendendo ancora più urgente e necessario affrontare questa “emergenza nell'emergenza” o “emergenza-ombra” con strategie di prevenzione e contrasto innovative e integrate.

Subire violenza rappresenta una delle componenti di quel processo causale che porta all'insorgenza delle patologie croniche e non trasmissibili. Infatti, lo stress prolungato causato dalla violenza di genere porta a una attivazione dei sistemi allostatici con conseguenze gravi sullo stato di salute. Comprendere e identificare le modificazioni epigenetiche che insorgono in seguito alla violenza subita è importante proprio in funzione della loro reversibilità. L'epigenetica rappresenta il meccanismo molecolare in grado di connettere la società alla biologia, le scienze umane e sociali alle scienze della vita. Subire violenza è un rischio elevato che persiste per un lungo periodo, a volte decenni, e che può predisporre a una maggiore prevalenza di patologie croniche gravi. Infatti, i marcatori epigenetici che abbiamo studiato e quelli che andremo a studiare sull'intero genoma, ci consentono di legare diacronicamente le conseguenze della violenza. In futuro investigheremo anche le variazioni in termini di sequenza della porzione non codificante del genoma (98%), che risponde in modo reattivo agli stress ambientali e psicologici.

L'associazione tra diagnosi precoce di malattie post-traumatiche e l'identificazione di marcatori epigenetici potrebbe rappresentare una nuova strategia per la cura e prevenzione degli effetti a lungo termine della violenza. In futuro, lasciandoci alle spalle le problematiche dovute alla pandemia da SARS-CoV-2, lo studio pilota EpiWE (*Epigenetics for Women*) potrebbe ritornare all'ipotesi iniziale di studio multicentrico, che preveda l'arruolamento e l'analisi epigenetica di un maggior numero di donne che hanno subito violenza. Le maggiori dimensioni del campione potrebbero consentire di stabilire associazioni tra il profilo epigenetico di tutto l'epigenoma e lo stato di salute o malattia che potrebbe essere associato alle condizioni cliniche complesse ed essere predittivo per gli effetti a lungo termine.

Riuscire a identificare i meccanismi molecolari che sono alla base dell'insorgenza del *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), nel contesto della violenza contro le donne, potrebbe mettere in luce l'origine della patologia ed evidenziare strategie innovative per aumentare la resilienza. Ci auspichiamo che venga realizzata la prima biobanca per lo studio e la prevenzione degli effetti biologici della violenza.

L'individuazione precoce, gli interventi adeguati e la cooperazione multidisciplinare, sono fattori cruciali per contrastare la violenza di genere.

Una migliore comprensione delle reali conseguenze della violenza, l'attuazione di campagne informative di prevenzione che tendano a migliorare la vita delle donne sopravvissute potrebbero portare a un notevole risparmio dei costi sul Servizio Sanitario Nazionale. La sanità pubblica riveste un ruolo centrale nell'identificare i fattori di rischio e di protezione e nel rafforzare la ricerca.

Tutte le donne e le ragazze vittime di violenza meritano una vita senza le conseguenze negative sullo stato di salute e una migliore qualità di vita.



*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di giugno 2023, 3° Suppl.*

*Stampato in proprio  
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

*Roma, giugno 2023*