

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Prevenzione della violenza contro le donne e della violenza assistita da minori: linee di indirizzo operative per lo sviluppo di programmi di formazione

a cura di

Rosa Dalla Torre (a), Alessandra Di Pucchio (b),
Donatella Barbina (c), Claudio Pagliara (d), Vittoria Doretti (d),
Alfonso Mazzaccara (b), Anna Colucci (a)

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

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

(c) già Servizio Formazione, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(d) Azienda USL Toscana Sud Est, Arezzo

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

Rapporti ISTISAN
25/17

Istituto Superiore di Sanità

Prevenzione della violenza contro le donne e della violenza assistita da minori: linee di indirizzo operative per lo sviluppo di programmi di formazione.

A cura di Rosa Dalla Torre, Alessandra Di Pucchio, Donatella Barbina, Claudio Pagliara, Vittoria Doretti, Alfonso Mazzaccara, Anna Colucci

2025, vi, 182 p. Rapporti ISTISAN 25/17

Le linee di indirizzo operative propongono un modello, basato sulla metodologia del *Problem Based Learning – competence oriented*, per lo sviluppo di programmi di formazione rivolti a personale di salute, sul tema della prevenzione della violenza contro le donne e della violenza assistita da minori. Il modello formativo è stato sperimentato nel Progetto #IpaziaCCM2021 ed è stato rielaborato affinché possa essere “adottato e adattato” nelle sue diverse componenti (metodologiche, di contenuti *evidence-based* e di procedure) ed essere operativamente implementato a livello nazionale, regionale e/o locale. Il documento è strutturato in tre parti: la prima sulle metodologie formative; la seconda su contenuti tecnico-scientifici; la terza su tematiche specifiche e trasversali presentate come schede di approfondimento. Un glossario della terminologia legata alla violenza di genere completa il documento.

Parole chiave: Formazione in salute pubblica; Problem-based learning; Competence-based education; Prevenzione; Violenza di genere; Violenza assistita da minori; Personale di salute

Istituto Superiore di Sanità

Operational guidelines for the development of training programmes on the prevention of violence against women and child witnessing violence.

Edited by Rosa Dalla Torre, Alessandra Di Pucchio, Donatella Barbina, Claudio Pagliara, Vittoria Doretti, Alfonso Mazzaccara, Anna Colucci

2025, vi, 182 p. Rapporti ISTISAN 25/17 (in Italian)

The operational guidelines propose a model, based on the methodology of Problem Based Learning - competence oriented, for the development of training programmes aimed at health professionals, on the prevention of violence against women and child witnessing violence. The training model was tested in the #IpaziaCCM2021 Project and has been reworked so that it can be “adopted and adapted” in its different components (methodological, evidence-based contents and procedures), to be operationally implemented at national, regional and/or local level. The document is structured in three parts: the first on training methodologies; the second on technical-scientific content; the third on specific and cross-cutting issues presented as in-depth fact sheets. A glossary of terminology related to gender-based violence completes the document.

Key words: Public health education; Problem-based learning; Competence-based education; Prevention; Gender-based violence; Child witnessing violence; Health professionals

Questo documento è parte integrante del Progetto “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 (#IpaziaCCM2021)”, realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute CCM2021.

Per informazioni su questo documento scrivere a: anna.colucci@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Dalla Torre R, Di Pucchio A, Barbina D, Pagliara C, Doretti V, Mazzaccara A, Colucci A (Ed.). *Prevenzione della violenza contro le donne e della violenza assistita da minori: linee di indirizzo operative per lo sviluppo di programmi di formazione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti ISTISAN 25/17).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*

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

Direttore responsabile della serie: *Antonio Mistretta*

Redazione: *Sandra Salinetti*

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



Gruppo di lavoro del Progetto #IpaziaCCM2021

“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”

MINISTERO DELLA SALUTE

Emanuele Careda, Liliana La Sala, Cristina Tamburini

REGIONE TOSCANA

Emanuela Balocchi, Laura Aramini

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TOSCANA SUD EST

Giada Bonelli, Sergio Bovenga, Vittoria Doretti, Elisa Fattori, Chiara Marchetti, Claudio Pagliara, Maura Petromilli, Alessandra Pifferi, Roberta Pitti, Stefania Polvani, Elena Maria Rustichini

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Dipartimento Malattie Infettive

Anna Colucci, Anna D’Agostini, Rosa Dalla Torre, Emanuele Fanale Belasio, Matteo Schwarz

Servizio Formazione

Donatella Barbina, Stefania Bocci, Pietro Carbone, Alessandra Di Pucchio, Ughetta Favazzi, Daniela Ferrucci, Debora Guerrera, Alfonso Mazzaccara, Francesca Molinaro, Federica Maria Regini, Laura Sellan, Silvia Stacchini, Andrea Vittozzi, Paola Tacchi-Venturi

Servizio tecnico scientifico di coordinamento e supporto alla ricerca

Maria Luisa Di Vincenzo, Gian Luca Salvicchi

Direzione Risorse Umane ed Economiche

Margherita Dojmi Di Delupis

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTÀ

Graziana D’Antico, Rita del Gaudio, Emanuela Darcangelo, Marco Maccari, Laura Pratesi, Francesca Ramu, Maria Concetta Segneri, Francesca Scorsino, Sonia Viale

FONDAZIONE IRCCS CA’ GRANDA,

OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO SOCCORSO VIOLENZA SESSUALE E DOMESTICA

Sara Alberici, Giussy Barbara, Elena Calabrò, Donatella Galloni, Alessandra Granata, Giusy Gentile, Alessandra Kustermann, Annarita La Torre, Vera Gloria Merelli, Laila Micci, Tatiana Pini, Beatrice Tassis

AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE

Carla Beriotto, Annalisa Bevilacqua, Patrizia Cicuto, Antonella D’Arenzo, Maria Teresa Ermano, Fabiana Nascimben, Sandra Vallan, Valentina Zama, Lisa Zanchetta

UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA 1

Sara Aringoli, Martina Baldassarri, Alfredo Baldicchi, Gioia Calagreti, Francesca Cenci, Patrizia Cecchetti, Lorenzo Cecconi, Elisa Ceciari, Anna Maria Cerboni, Michela Dini, Mara Fabrizio, Francesca Fiandra, Roberta Fratini, Antonella Micheletti, Tomas Ghezzi, Chiara Pallottelli, Simonetta Paolucci, Graziella Principi, Alessandra Pucciarini, Raffaele Quaranta

AZIENDA SANITARIA LECCE

Battista Giovanna De Luca, Maria Grazia Foschino Barbaro, Paola Gabrieli, Anna Lisa Lo Console,
Elisabetta Mancarella, Roberto Panzera, Adriana Romano, Rossana Tana

AZIENDA SANITARIA MATERA

Maria Antonietta Amoroso, Maria Chietera, Vito Donnola, Salvatore Gentile, Angela Germano,
Lucia Frappampina, Giovanni Rondinone

UNIVERSITÀ DI SIENA

Maurizio Masini, Giuseppe Segreto

SCS CONSULTING

Miranda Bassoli, Alessio Vaccaro, Francesca Vadini

INDICE

Prefazione	v
-------------------------	---

Introduzione

<i>Rosa Dalla Torre, Alessandra Di Pucchio, Donatella Barbina, Claudio Pagliara, Vittoria Doretti, Alfonso Mazzaccara, Anna Colucci</i>	1
---	---

PRIMA PARTE - Formazione

Caratteristiche della proposta formativa

<i>Donatella Barbina, Stefania Bocci, Pietro Carbone, Alessandra Di Pucchio, Ughetta Favazzi, Daniela Ferrucci, Debora Guerrera, Alfonso Mazzaccara, Francesca Molinaro, Federica Maria Regini, Laura Sellan, Silvia Stacchini, Andrea Vittozzi, Paola Tacchi-Venturi</i>	7
---	---

SECONDA PARTE - Contenuti della formazione

Contenuti della proposta formativa: introduzione alla seconda parte

<i>Anna Colucci, Rosa Dalla Torre</i>	33
---	----

Fenomeno della violenza su donne e minori

<i>Anna Colucci, Anna D'Agostini, Rosa Dalla Torre, Chiara Marchetti, Claudio Pagliara, Alessandra Pifferi</i>	34
--	----

Violenza assistita da minori

<i>Battista Giovanna De Luca, Maria Grazia Foschino Barbaro, Annalisa Loconsole</i>	39
---	----

Aspetti medico legali e normativa di riferimento sulla violenza di genere e sui maltrattamenti a minori

<i>Matteo Schwarz</i>	42
-----------------------------	----

Strategie comunicativo-relazionali nell'ambito della violenza di genere

<i>Anna Colucci, Anna Maria Luzi</i>	49
--	----

Colloquio di accoglienza con la donna che ha subito violenza: alcune indicazioni operative

<i>Elena Calabrò</i>	57
----------------------------	----

Approccio culturalmente sensibile: la transculturalità nella comunicazione con la donna migrante che ha subito violenza

<i>Sonia Viale</i>	61
--------------------------	----

Ascoltare e comunicare con minori vittime di violenza assistita

<i>Battista Giovanna De Luca, Maria Grazia Foschino Barbaro, Annalisa Loconsole</i>	64
---	----

Segni, sintomi e indicatori per una corretta individuazione dei casi di violenza e di percorsi specifici per donne

<i>Chiara Marchetti, Vera Gloria Merelli, Laila Giorgia Micci, Claudio Pagliara, Alessandra Pifferi</i>	68
---	----

Rilevazione della violenza assistita da minori	
<i>Battista Giovanna De Luca, Maria Grazia Foschino Barbaro, Annalisa Loconsole</i>	84
Principali effetti della violenza sulla salute psico-fisica-sociale delle donne	
<i>Giussy Barbara, Emanuele Fanales Belasio, Laila Giorgia Micci, Claudio Pagliara</i>	87
Effetti della violenza assistita su minori	
<i>Battista Giovanna De Luca, Maria Grazia Foschino Barbaro, Annalisa Loconsole</i>	105
Elementi utili per la costruzione e il rafforzamento delle reti anti-violenza	
<i>Elisa Fattori, Chiara Marchetti, Claudio Pagliara, Alessandra Pifferi</i>	108
Elementi utili per la costruzione e rafforzamento delle Reti nella violenza assistita da minori	
<i>Battista Giovanna De Luca, Maria Grazia Foschino Barbaro, Annalisa Loconsole (c)</i>	121
Rete antitratata	
<i>Sonia Viale</i>	125
Appendice A	
Schede di approfondimento	127
A1. Pronto Intervento Sociale: la sperimentazione del Servizio Emergenza Urgenza Sociale regionale	
<i>Elisa Fattori</i>	130
A2. Comunità di pratiche di #IpaziaCCM2021: obiettivi, attività, proposte	
<i>Giuseppe Segreto, Maurizio Masini</i>	135
A3. Bullismo e cyberbullismo: focus su cyber-violenza contro le donne	
<i>Rosa Dalla Torre</i>	140
A4. Migrazioni e violenza di genere. Quando, dove e come intervenire: un approccio culturalmente sensibile contro la violenza	
<i>Sonia Viale</i>	146
A5. Espressione del consenso in ambito di violenza sessuale	
<i>Giussy Barbara, Laila Giorgia Micci</i>	152
A6. Modello di integrazione socio-sanitaria nella presa in carico di vittime di violenza: dal Pronto Soccorso alla Rete territoriale	
<i>Fabiana Nascimben</i>	158
A7. Implementare il modello formativo #IpaziaCCM2021 sul territorio	
<i>Gioia Calagreti</i>	163
A8. Orfani speciali	
<i>Battista Giovanna De Luca, Maria Grazia Foschino Barbaro, Annalisa Loconsole</i>	168
A9. Unità Operativa di Zona: strumento di intervento interdisciplinare e sistemico nei casi di violenza di genere	
<i>Angela Germano</i>	173
Glossario	
<i>Rosa Dalla Torre</i>	179

PREFAZIONE

La violenza sulle donne e la violenza domestica costituiscono un rilevante problema di salute pubblica e una grave violazione dei diritti umani. Si tratta di fenomeni sociali complessi, la cui natura strutturale richiede di investire sulle politiche di prevenzione e sulla formazione permanente delle figure professionali che si occupano delle vittime e degli autori di atti di violenza di genere e domestica. La violenza contro le donne si può prevenire e il Servizio Sanitario Nazionale ha un ruolo molto importante per garantire cure integrate nell'ambito di percorsi protetti e, attraverso le sue diverse articolazioni, l'individuazione precoce delle situazioni di violenza nonché l'orientamento delle donne per l'attivazione delle reti di tutela, in collaborazione con gli Enti, le Istituzioni e le Associazioni operanti nel settore.

La formazione professionale, mirata allo sviluppo e al mantenimento delle competenze cliniche specifiche nonché alla costruzione e ampliamento di reti coordinate interistituzionali, rappresenta in tale contesto uno strumento fondamentale di prevenzione della violenza e di effettiva protezione delle vittime, in linea con quanto indicato dalla Convenzione di Istanbul (art. 15 della Convenzione). È infatti attraverso la formazione di operatrici e operatori che risulta possibile adottare un monitoraggio costante e attento delle situazioni di rischio per prevenire la violenza di genere e agevolare il riconoscimento della violenza assistita da minori, che purtroppo incide profondamente e comporta dei rischi per le relazioni future delle vittime. L'obiettivo prioritario è quello di favorire l'applicazione sistematica di corretti protocolli tecnico-scientifici e comunicativo-relazionali affinché a ciascuna donna venga fornita la medesima opportunità di essere accompagnata in percorsi di fuoriuscita dal circuito della violenza e affinché i minori siano protetti da ogni forma di abuso o negligenza.

Il Progetto “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” (#IpaziaCCM2021) – da cui scaturiscono le linee operative presentate in questo volume – si inserisce nel quadro delle azioni che il Ministero della Salute promuove, da tempo, nell'ambito della prevenzione e del contrasto alla violenza contro le donne e la violenza domestica. In tale ambito si evidenzia *in primis* il percorso che ha condotto all'emanazione del DPCM 24 novembre 2017 (*Gazzetta Ufficiale* n. 24 del 30 gennaio 2018) “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”, in rete con l'Istituto Superiore di Sanità e con le Regionali e delle Province Autonome.

Inoltre, il Ministero della Salute, riconoscendo l'importanza di intervenire con metodologie formative *evidence-based* già applicate dall'Istituto Superiore di Sanità, ha garantito il supporto tecnico-scientifico e finanziario nel quadro dei programmi di attività del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). I primi due Progetti CCM, del 2014 e del 2019, sono stati rivolti a operatrici e operatori dell'emergenza sanitaria, raggiungendo tutti i servizi di Pronto Soccorso italiani. Successivamente, nel 2021, con il Progetto #IpaziaCCM2021 si è inteso estendere la formazione al personale dei servizi socio-sanitari della rete di assistenza sanitaria operanti nei territori.

Le linee operative, predisposte nell'ambito del Progetto #IpaziaCCM2021, intendono rendere disponibili metodi e procedure di un modello formativo, sviluppato e sperimentato dalle Unità Operative del Progetto, che potrà costituire un utile strumento metodologico e di contenuti per l'implementazione e l'estensione ad ulteriori contesti territoriali, attraverso i Piani Formativi Regionali e/o Aziendali. L'obiettivo delle linee operative è quello di trasmettere informazioni

evidence-based e di contribuire alla promozione diffusa di competenze dei professionisti del settore.

L'auspicio è che tali linee operative possano offrire un valore aggiunto ai percorsi di miglioramento che vedono impegnato il Servizio Sanitario Nazionale, per sostenere in modo significativo il lavoro in rete – tra servizi sanitari, socio-sanitari, Forze dell'ordine ed Enti locali – e per lo sviluppo di metodologie e strumenti operativi a supporto di attività formative continue, di tipo multiprofessionale e interdisciplinare, omogenee sul territorio nazionale.

Dott.ssa Cristina Tamburini
Dott. Emanuele Caredda
Ministero della Salute

INTRODUZIONE

Rosa Dalla Torre (a), Alessandra Di Pucchio (b), Donatella Barbina (c), Claudio Pagliara (d), Vittoria Doretti (d), Alfonso Mazzaccara (b), Anna Colucci (a)

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

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

(c) *già Servizio Formazione, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Azienda USL Toscana Sud Est, Arezzo*

La formazione del personale di salute rappresenta una priorità e uno strumento di intervento per la prevenzione e il contrasto della violenza contro le donne e della violenza assistita da minori (CCM, 2021). Le linee di indirizzo operative si inseriscono nell'ambito di un ampio quadro di riferimento delle politiche rivolte al contrasto della violenza maschile sulle donne e della violenza assistita dai minori. La formazione di professioniste e professionisti rappresenta, infatti, un'azione strategica della prevenzione, come definito dall'Articolo 15 della Convenzione di Istanbul del 2011 (Europa, 2011).

Le politiche di prevenzione e contrasto della violenza di genere trovano riscontro anche in altri piani e politiche nazionali, dove emerge l'esigenza di avvalersi di metodologie attive per una formazione capillare, corretta, continua.

Nell'attuale PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) – Missione 6-Salute si sottolinea la necessità di investire sul personale sanitario, partendo dal presupposto che investire nella formazione del personale significa rafforzare l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (PNRR, 2021). Tale necessità è ripresa anche dal Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023 del Dipartimento Pari opportunità (Asse Prevenzione – priorità 1.6) (Dipartimento Pari opportunità, 2021), dove si sottolinea come la formazione sia da estendere anche ad altre professionalità, come il personale di giustizia e magistratura, autorità di polizia, servizi sociali, insegnanti.

Inoltre, un altro segnale importante è rappresentato dall'inserimento della formazione sulla violenza di genere nella formazione ECM (Educazione Continua in Medicina) obbligatoria.

Sul tema della violenza di genere, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha realizzato percorsi formativi rivolti a personale di salute, in particolare nell'ambito di tre progetti promossi e finanziati dal Ministero della Salute, all'interno del Programma CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie). Il target della formazione dei primi progetti è stato il personale dei Pronto Soccorso che rappresenta la principale struttura sanitaria di accesso per una persona vittima di violenza, la quale si rivolge a un servizio (ISTAT, 2022). Per rispondere al bisogno di formazione e aggiornamento del personale dei Pronto Soccorso, il Ministero della Salute (*ex* Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio 9 Tutela della salute della donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle disuguaglianze) ha promosso e finanziato due progetti all'interno del Programma CCM nel 2014 e nel 2019, con il coordinamento scientifico dell'ISS.

Il primo progetto CCM 2014 “Un 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” ha riguardato un programma di formazione *blended*, con una componente residenziale e il corso di Formazione a Distanza (FAD) “Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali” (I edizione). Questo progetto ha visto il coinvolgimento di 5 Regioni e 28 Pronto Soccorso di Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia con la allora AUSL 9 Grosseto della Regione Toscana (Colucci *et al.*, 2016; Colucci *et al.*, 2019; Barbina *et al.*, 2019). Sulla base dei

risultati conseguiti, in termini di metodologie messe a punto, efficacia e numerosità del personale formato, è stato proposto nel 2019, sempre con il coordinamento scientifico dell'ISS, il Progetto "Implementazione di un programma di formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso italiani, mirato alla prevenzione e al contrasto della violenza di genere", con un secondo percorso formativo FAD sulla "Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali" (II edizione). La seconda edizione è stata rivolta al personale afferente a tutti i Pronto Soccorso italiani.

Con il Programma CCM 2021 il Ministero della Salute ha promosso e finanziato il Progetto "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 (#IpaziaCCM2021)", coordinato dall'Azienda USL Toscana Sud Est, in collaborazione con ISS, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e le Aziende Sanitarie Locali (ASL) del Friuli Occidentale, dell'Umbria 1, di Lecce e di Matera. Il Progetto #IpaziaCCM2021, avviato a novembre 2021 e della durata di 24 mesi (prorogati di 6 mesi, con il termine delle azioni progettuali previste per maggio 2024), ha avuto tra gli obiettivi la messa a punto di un modello formativo, basato sulla metodologia del *Problem Based Learning – competence-oriented*, in grado di integrare un percorso FAD rivolto al personale delle UO coinvolte e un percorso di formazione residenziale per la valorizzazione delle specificità delle esperienze locali, sostenendo la collaborazione fra diversi Enti, Istituzioni e associazioni operanti nel settore.

Il Progetto #IpaziaCCM2021 ha rappresentato una concreta esperienza pilota nel campo della formazione, fornendo le basi per le linee di indirizzo operative, dove si ricalcano, infatti, la struttura, l'orientamento didattico e i contenuti scientifici realizzati con progetto.

In questo lavoro, pertanto, si farà sempre riferimento ai risultati del Progetto #IpaziaCCM2021, ma questi saranno proposti come esempi utili alla progettazione e implementazione di nuovi e personalizzati percorsi formativi.

Le linee di indirizzo operative sono suddivise in:

1. *Prima parte - Formazione*

riguardante la metodologia didattica con elementi relativi a recenti approcci teorici, strategie e azioni utili per predisporre percorsi formativi per il conseguimento degli obiettivi di apprendimento prefissati.

2. *Seconda parte - Contenuti della formazione*

focalizzata sui principali contenuti tecnico-scientifici correlati agli obiettivi formativi del programma.

3. *Appendice A - Schede di approfondimento*

composta da schede di approfondimento su differenti temi trasversali alla violenza di genere e alla violenza assistita da minori.

Un glossario della terminologia legata alla violenza di genere completa il documento.

L'insieme dei materiali contenuti nelle linee di indirizzo operative e la loro strutturazione, dunque, assumono un orientamento applicativo, configurandosi anche come uno possibile strumento per la "formazione delle formatrici e dei formatori". Infatti, queste linee operative possono essere intese come un *corpus* articolato e complesso, contenente indicazioni su metodologie formative standardizzate e applicabili su ampia scala e riferimenti a fonti informative sui diversi aspetti (epidemiologici, normativi, clinico-diagnostici, ecc.) che caratterizzano l'ambito della violenza di genere e della violenza assistita da minori.

Le linee di indirizzo operative si prefigurano come uno strumento trasversale e dinamico, utile all'implementazione di programmi formativi che possano essere adattati a diversi contesti e allo sviluppo/rafforzamento delle competenze richieste al personale di salute.

PRIMA PARTE
Formazione

CARATTERISTICHE DELLA PROPOSTA FORMATIVA

Donatella Barbina (a), Stefania Bocci (b), Pietro Carbone (b), Alessandra Di Pucchio (b), Ughetta Favazzi (b), Daniela Ferrucci (b), Debora Guerrera (b), Alfonso Mazzaccara (b), Francesca Molinaro (b), Federica Maria Regini (b), Laura Sellan (b), Silvia Stacchini (b), Andrea Vittozzi (b), Paola Tacchi-Venturi (b)

(a) già Servizio Formazione, Istituto Superiore di Sanità, Roma

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

Questo capitolo riguarda la metodologia delle azioni formative proposte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito del Progetto pilota #IpaziaCCM2021.

L'ISS è il principale centro italiano per la ricerca, sorveglianza, sperimentazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione in materia di sanità pubblica, nonché organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale. Per l'ISS la formazione del personale di salute e la valorizzazione delle competenze delle risorse umane costituiscono elementi indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e strategici del Paese. L'ISS ha una vasta esperienza nella formazione del personale sanitario; dal 1989 al 2004 è stato Centro di collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) per il *Problem Based Learning* (PBL) nella formazione delle professioni sanitarie (WHO, 2004) e ha attualmente in corso un accordo prodromico alla costituzione di un Centro di collaborazione WHO all'interno dell'ISS per la formazione e il *capacity building*. Inoltre, l'ISS è provider standard nazionale (n. 2224) per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) ed è abilitato al rilascio di crediti per il Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (CNOAS). Per la progettazione ed erogazione di servizi di formazione continua in sanità l'ISS è certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015. Dal 2004 l'ISS eroga corsi di Formazione A Distanza (FAD) basati sul PBL, in un continuo processo di ricerca e sperimentazione di metodi formativi attivi.

Saranno pertanto fornite indicazioni metodologiche per la progettazione e realizzazione di eventi formativi rivolti a personale di area sanitaria e socio-sanitaria, che integrino l'aspetto teorico-metodologico con la riflessione sulle esperienze realizzate sul tema della violenza di genere e della violenza assistita da minori.

Per garantire che tutto il personale interessato sia adeguatamente formato è opportuno che le attività formative siano progettate seguendo un approccio integrato multilivello, oltre che standardizzato e individualizzato, con diversi livelli di analisi e di implementazione che, come nel caso del Progetto #IpaziaCCM2021, siano applicati considerando più livelli:

- un *livello generale*, “macro”, riferito alla copertura del programma formativo. Si tratta di attività formative comuni a interi gruppi di personale di salute o potenzialmente destinato a tutto il personale, indipendentemente dal profilo professionale. Il livello macro si riferisce anche alla copertura geografica del programma formativo, interessando una intera regione, più regioni o l'intero territorio nazionale. Questo livello generale può consentire elevati livelli di *literacy* su un certo argomento/problematica e livelli di standardizzazione nella conoscenza di pratiche, *policy* e strategie da adottare nella pratica lavorativa in modo diffuso;
- un *livello più specifico*, “meso”, riguarda una formazione comune a gruppi definiti di personale di salute o riferita alla copertura di un programma di formazione a livello di zone geografiche e territoriali partecipanti al programma di formazione. Questo livello può consentire l'implementazione di una formazione specifica, mirata a determinati gruppi o

strategie formative e può riguardare la formazione delle formatrici e dei formatori, così come la formazione delle facilitatrici e dei facilitatori dell'apprendimento;

- un *livello specifico*, “micro”, riguarda una formazione comune di personale che opera a livello locale, in determinate aree territoriali e/o con determinate funzioni, che permette una formazione più approfondita, partecipata e attiva.

Sul piano nazionale o interregionale si potranno mettere in campo azioni volte a garantire da un lato l'opportuna pianificazione degli interventi formativi, affinché siano raggiunti obiettivi strategici di rilievo nazionale, regionale o interregionale e siano assicurati gli standard di qualità, e, dall'altro, la realizzazione della formazione (tra pari) di formatrici e formatori e/o di figure di coordinamento della formazione per il livello regionale e locale, finalizzata a creare una rete che assicuri la capillarità e l'uniformità della formazione su tutto il territorio nazionale, nel rispetto dei bisogni formativi regionali e/o locali. Parallelamente, infatti, a livello regionale e a livello locale si dovranno attuare quelle azioni volte non solo a individuare i target delle azioni formative, in funzione dei diversi modelli organizzativi e delle specificità in termini di ruoli e competenze, ma anche ad assicurare l'effettiva erogazione e partecipazione a interventi efficaci e in linea con i bisogni formativi espressi anche a livello territoriale.

Destinatarie e destinatari

Le attività di formazione considerate nelle linee di indirizzo operative sono rivolte al personale di salute che a vario titolo entra in contatto con donne a rischio o vittime di violenza di genere e violenza assistita da minori.

Il personale di salute è inteso nell'accezione estesa e inclusiva, proposta dalla WHO che considera interessate tutte le persone impegnate in azioni il cui intento principale è quello di migliorare la salute (WHO, 2006). Il personale di salute comprende, quindi, figure professionali con background, settori di intervento e provenienza istituzionale differenti. Comprende personale proveniente sia dal settore sanitario che di altri settori, che svolgono, nell'ambito di un lavoro di rete (in base alle proprie competenze), una o più funzioni essenziali di sanità pubblica in modo multidisciplinare e multisettoriale (WHO, 2022a; WHO, 2022b; WHO, 2024a; WHO, 2024b; WHO, 2024c; WHO, 2024d; WHO/Europe, 2022).

La formazione, infatti, non riguarda il solo personale deputato all'erogazione di servizi di diagnosi, assistenza e cura, ma coinvolge necessariamente tutte le figure professionali sanitarie e non, che contribuiscono alla salute individuale e collettiva, migliorando la capacità di risposta nei diversi settori, secondo le proprie specifiche competenze, con un approccio trans-disciplinare e inter-disciplinare, affinché ciascuno sviluppi delle competenze di base per poter lavorare in rete (Frenk, 2022).

Il personale di salute può essere ricondotto ai seguenti gruppi (Figura 1):

- *Gruppo 1 - Personale dedicato a compiti di salute pubblica*

Si tratta di figure della salute pubblica che hanno seguito una formazione professionale specifica e/o operano in enti pubblici deputati alla tutela della salute pubblica. Tali professionisti e professionisti non devono necessariamente avere un background sanitario. Esempi del Gruppo 1 sono epidemiologhe ed epidemiologi, responsabili di distretti, responsabili di dipartimenti di sanità pubblica, ricercatrici e ricercatori di salute pubblica, educatrici e educatori di salute pubblica, altro personale di area non sanitaria coinvolto in ambito di salute pubblica;

– *Gruppo 2 - Personale dedicato ad attività di tipo sanitario, assistenziale e/o sociale*

Si tratta di personale che opera nell'ambito dei propri ruoli clinici e/o di assistenza sanitaria e/o sociale e che svolge una o più funzioni di salute pubblica. Esempi del Gruppo 2 sono medicina generale, medicina specialistica, infermiere e infermieri, ostetriche e ostetrici, dentiste e dentisti, farmaciste e farmacisti, operatrici e operatori sanitari della comunità, personale tecnico dei laboratori, personale addetto alle ambulanze, altro personale sanitario non medico.

– *Gruppo 3 - Personale che svolge compiti affini e/o con ricadute per l'area sanitaria e/o di salute pubblica*

Si tratta di professioniste e professionisti di un ampio gruppo di altre professioni e settori affini che incidono sui determinanti di salute o che possono influire su di essi. Esempi del Gruppo 3 sono personale addetto alla salute e alla sicurezza ambientale, personale addetto alla sicurezza delle acque, personale della protezione civile, personale dei sistemi informativi, personale di altre aree non sanitarie.

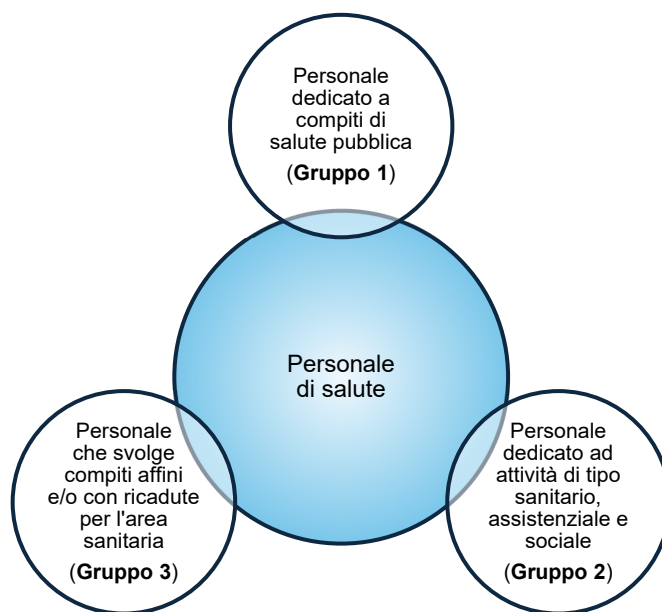


Figura 1. Rappresentazione di gruppi di personale di salute destinatario di attività di formazione in salute pubblica

Nel caso specifico, destinatari della formazione dovranno essere *primariamente* le professioni di salute pubblica e personale sanitario deputati alle attività di cura e assistenza, indipendentemente dal *setting* in cui operano; è inoltre raccomandabile estendere la formazione al settore del volontariato e al personale non sanitario a contatto con utenti/pazienti (es. personale amministrativo, personale addetto al trasporto degenti, ecc.).

Nel Progetto #IpaziaCCM2021 l'intero percorso formativo (FAD e formazione nei territori) è stato rivolto alle seguenti figure professionali: Personale delle Aziende Sanitarie ed Enti/Strutture partner del Progetto #IpaziaCCM2021 o afferente ad essi nell'ambito della gestione della violenza di genere: Medici di Medicina Generale e Pediatre/i di Famiglia, Professioniste e professionisti sanitari, Assistenti sociali; Operatrici e Operatori Socio Sanitari (OSS); Personale di Pronto

Soccorso e 118; Personale dei Servizi per le Dipendenze, delle Strutture residenziali e dei Consulenti; Altro personale che svolge attività correlate al contrasto della violenza di genere.

Un ulteriore livello ha riguardato le persone afferenti alle Unità Operative (UO) del Progetto, come occasione di crescita e di condivisione di una metodologia di formazione da implementare e riproporre nel tempo.

Metodologie formative

La scelta delle metodologie didattiche da adottare in un intervento di formazione rappresenta una fase cruciale della progettazione formativa.

Per rispondere all'esigenza di formare professioniste e professionisti della salute, nel Progetto #IpaziaCCM2021 sono state privilegiate metodologie didattiche che prevedono il coinvolgimento attivo e personale di ogni singolo partecipante, la cui efficacia è comprovata in letteratura e confermata dalle numerose esperienze formative dell'ISS (Michael, 2006; Bernstein, 2018; Barbina, 2014; Barbina *et al.*, 2019; Colucci *et al.*, 2019; Calabrò *et al.*, 2021).

È stato, quindi, sviluppato un modello innovativo di formazione, teso a integrare i principi del PBL con l'orientamento allo sviluppo delle competenze (*Competency Based Education*, CBE), così come definito nella recente proposta della WHO (WHO, 2022a; WHO, 2022b; WHO, 2022c; WHO, 2024a; WHO, 2024b; WHO, 2024c; WHO, 2024d). Tale modello formativo pone al centro dell'attenzione la partecipante e partecipante, che hanno già conoscenze proprie legate al proprio ruolo, e che all'interno di un processo di apprendimento individualizzato possono raggiungere e soddisfare il proprio bisogno di formazione/aggiornamento colmando i *gap* conoscitivi personali.

Il PBL è un metodo attivo, basato su problemi ispirati alla realtà lavorativa delle partecipanti e dei partecipanti, dove, secondo la definizione di Barrows e Tamblin (Barrows & Tamblin, 1980), l'apprendimento è generato dal processo di lavorare alla soluzione del problema attraverso lo sforzo di colmare la lacuna esistente tra quanto è utile sapere e quanto si conosce per risolvere il problema stesso. Nel PBL si pone l'enfasi sugli aspetti applicativi delle nuove conoscenze acquisite e sulla possibilità di sviluppare nelle partecipanti e nei partecipanti le capacità utili a gestire la propria formazione continua (*self-directed learner*) (De Virgilio, 2004).

Nella sua formulazione originale, un ciclo PBL si compone di sette passi: 1) chiarire i termini del problema; 2) definire il problema; 3) analizzare il problema; 4) sistematizzare le ipotesi; 5) formulare gli obiettivi di apprendimento; 6) ricercare e studiare i materiali di lettura; 7) risolvere il problema.

Le partecipanti e i partecipanti, in piccoli gruppi con una facilitatrice o un facilitatore, a partire dall'analisi del problema, individuano i propri obiettivi specifici di apprendimento, attingono alle loro conoscenze e abilità precedenti, rafforzando la conoscenza attraverso il lavoro sia di gruppo sia individuale, fino alla soluzione del problema.

Il PBL stimola le partecipanti e i partecipanti, in quanto parte attiva del processo di apprendimento, ad "imparare a imparare" resolvendo problemi del mondo reale che riflettono il loro contesto lavorativo (Schmidt *et al.*, 2011), come è opportuno che accada in un percorso formativo rivolto a professioniste e professionisti in età adulta.

In linea con i più recenti orientamenti in ambito di formazione proposti dalla WHO (WHO, 2022a; WHO, 2022b; WHO, 2024a; WHO, 2024b; WHO, 2024c; WHO, 2024d; WHO/Europe, 2022) particolare rilevanza assume la formazione orientata allo sviluppo di competenze. Nel modello CBE, a partire dalla definizione dei bisogni di salute da affrontare in sanità, si identificano le attività pratiche, cliniche, sanitarie, assistenziali, di sanità pubblica, necessarie per rispondere ai bisogni di salute e si identificano le competenze necessarie per svolgerle, adattando

di conseguenza il curriculum formativo. In tal senso è particolarmente importante utilizzare frameworks di competenze condivisi per lo sviluppo dei programmi formativi.

Il CBE è definito come un approccio basato sui risultati (*outcomes-based approach*) con un focus sulla capacità di raggiungere obiettivi di apprendimento in relazione al contesto lavorativo o alla pratica clinica, sanitaria e/o di sanità pubblica richiesta. In questa accezione è considerato un mezzo efficace per allineare i risultati della formazione ai bisogni di salute espressi dalla popolazione o da specifici target, bisogni ai quali il personale di salute deve essere in grado di rispondere.

PBL e CBE hanno diversi punti di integrazione: attenzione ai partecipanti e alle partecipanti, posti al centro del processo formativo; focus su competenze e *skill* da sviluppare e da trasferire nella pratica; spazio per la personalizzazione degli apprendimenti; utilizzo di metodologie didattiche attive (lavoro a piccoli gruppi, confronto tra partecipanti).

L'integrazione del CBE nell'ambito della progettazione per problemi è in sperimentazione in diversi altri progetti formativi sviluppati dall'ISS (Barbina *et al.*, 2022; Di Pucchio *et al.*, 2022; Mazzaccara *et al.*, 2022; Stellacci *et al.*, 2024; Barbina *et al.*, 2025). In Figura 2 una rappresentazione del modello integrato CBE-PBL proposto per lo sviluppo di programmi per la formazione del personale di salute (Di Pucchio, 2023). Nel CBE sulla base delle due componenti del modello (punto 1 della figura), ovvero competenze (*competencies*) e attività (*practice activity*) vengono identificati gli obiettivi (*outcome*) di apprendimento (punto 2 della figura), formulati in termini di conoscenze (*knowledge*), abilità (*skill*) e attitudini (*attitude*). Il PBL rappresenta l'approccio metodologico (punto 3 della figura) per un apprendimento attivo, attraverso il quale sviluppare le attività formative allineate con gli obiettivi specifici di apprendimento. La valutazione, formativa e sommativa, è parte integrante e centrale del modello: gli strumenti per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di apprendimento dovranno essere progettati in linea con gli obiettivi generali di apprendimento identificati (Di Pucchio *et al.*, 2022).

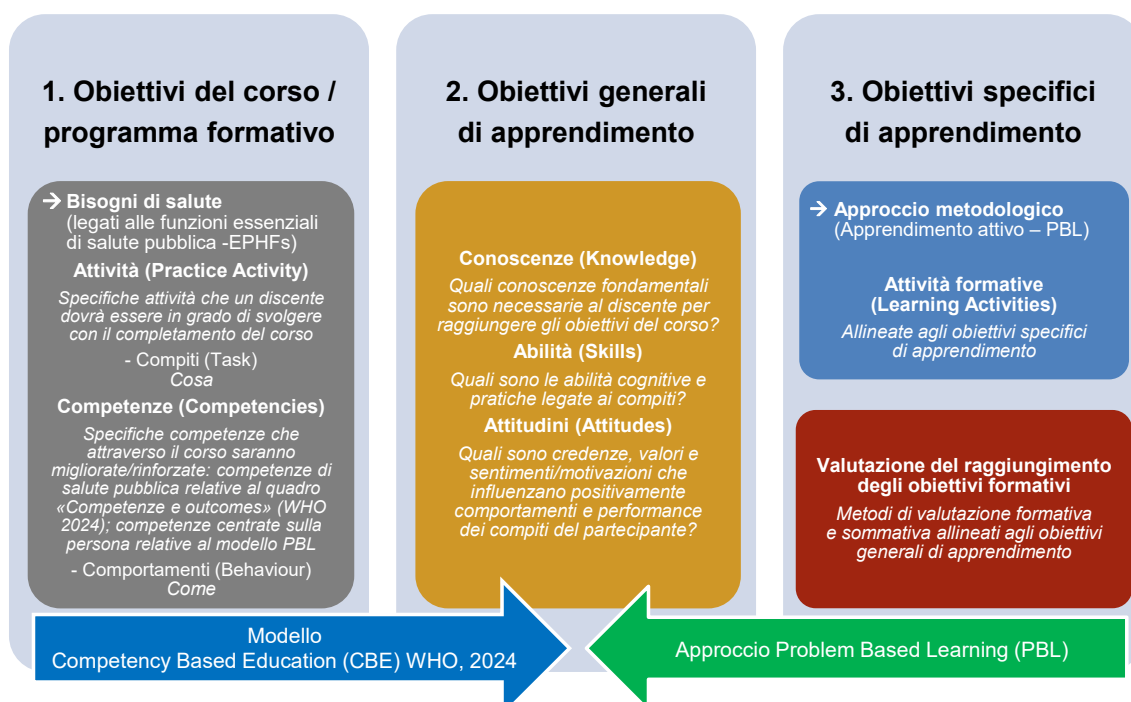


Figura 2. Rappresentazione del modello integrato CBE-PBL per la formazione del personale di salute (elaborazione su modello WHO, 2006; WHO, 2024; Di Pucchio, 2023)

Obiettivi di apprendimento come binari della progettazione formativa

Un momento fondamentale nella progettazione formativa, che deve caratterizzare ogni modello didattico, è rappresentato dall'individuazione degli obiettivi specifici di apprendimento. Gli obiettivi devono essere definiti accuratamente, devono essere specifici ed espressi mediante un verbo di azione. Riprendendo e ampliando la definizione di SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timed*)¹, un obiettivo di apprendimento deve essere:

- *specifico*: deve essere cioè pertinente e preciso indicando chiaramente lo scopo da raggiungere;
- *misurabile*: deve essere misurabile in modo da poter monitorare i progressi e risultati ottenuti;
- *realizzabile*: deve essere raggiungibile definendo il livello base che si intende perseguire;
- *rilevante e realistico*: deve essere importante e utile rispetto a quelli che sono i bisogni espressi, gli elementi di contesto e i target cui si fa riferimento;
- *temporizzato*: deve avere basato sul tempo definendo una deadline su cui concentrare e pianificare le attività.

È opportuno che gli obiettivi, nella loro fase di definizione, siano costituiti almeno da un “atto”, che specifichino le condizioni di realizzazione e che contengano criteri di livello accettabile di *performance*, come segue:

- *atto*: descrizione di un compito previsto sotto forma di un verbo attivo;²
- *contenuto*: argomento o soggetto corrispondente all'atto del compiere;
- *condizione*: descrizione delle risorse (dati, materiali) disponibili per la realizzazione dell'atto;
- *criterio*: livello accettabile di *performance*.

Nel PBL, l'obiettivo di apprendimento è il fine specifico da raggiungere per colmare un identificato *gap* conoscitivo emerso grazie agli stimoli forniti dal “problema”. Gli obiettivi specifici di apprendimento devono essere considerati i “binari” attraverso cui progettare e costruire il percorso formativo.

Nella progettazione di un corso basato sul PBL, infatti, il problema, i materiali didattici, la soluzione del problema, le domande dei test di valutazione possono collocarsi sui binari tracciati dagli obiettivi e concorrere così al loro raggiungimento.

Nel problema, che rappresenta una descrizione realistica e neutrale di eventi interrelati che necessitano di una spiegazione, gli obiettivi di apprendimento sono “sottesi” e rappresentano dei “trigger”, ovvero degli stimoli che motivano le partecipanti e i partecipanti ad analizzare gli elementi in gioco e a identificare possibili soluzioni. Alla fine del problema, infatti, sono poste delle domande legate agli obiettivi, alle quali si dovrà provare a rispondere al termine del ciclo PBL, proponendo una soluzione e confrontandola con quella eventualmente fornita dalle esperte e dagli esperti di contenuti.

Anche la soluzione del problema, quindi, che rappresenta l'ultimo passo del ciclo PBL, è legata agli obiettivi di apprendimento, proponendo una risposta alle domande poste alla fine del problema. Esempio di problema utilizzato nel corso 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 del progetto #IpaziaCCM2021)” con gli obiettivi specifici di apprendimento evidenziati come punti stimolo/*trigger* e di soluzione alle domande poste dal problema sono riportate nei Riquadri 1 e 2.

¹ Citato per la prima volta in una pubblicazione nel 1981 da George T. Doran.

² Per una lista di verbi attivi vedi Guilbert, 1977.

RIQUADRO 1

Esempio di problema con punti stimolo/trigger (in rosso), obiettivi specifici di apprendimento (in chiaro a esclusivo uso della facilitatrice e del facilitatore del gruppo) e domande finali

PROBLEMA: La prevenzione della violenza di genere nel nostro territorio

Nel consultorio familiare dell'ASL di Treventi Alta la giornata lavorativa volge al termine. Giorgia Artegini, ginecologa, e Marco Barcesi, infermiere, si incontrano per un breve scambio.

"Ciao Marco, è stata una giornata intensa" inizia Giorgia "Anche oggi ho incontrato una donna che sospetto stia subendo una qualche forma di violenza domestica... era accompagnata da sua figlia. Mi sembra che questi casi stiano aumentando, forse a seguito del COVID-19. Vorrei avere **un quadro più preciso del fenomeno della violenza contro le donne e della sua estensione**, anche rispetto ai **bambini e alle bambine che assistono agli episodi**. Inoltre, per noi professionisti della salute sarebbe necessario essere aggiornati sulla **normativa in materia**. So che ci sono stati degli aggiornamenti importanti di cui dobbiamo tenere conto." [OS1: *Descrivere il fenomeno della violenza sulle donne e sulle/sui minori: definizioni, inquadramenti epidemiologici, normative*].

Risponde Marco: "Sono d'accordo. Ho parlato di recente di questo fenomeno con una psicologa del Servizio per le Dipendenze, in particolare rispetto agli **effetti della violenza sulla salute delle donne, nonché di figli e figlie** [OS3: *Descrivere i principali effetti della violenza sulla salute psico-fisica-sociale delle donne e delle/dei minori*]. Tornando a noi, oggi ho accolto e accompagnato io la tua paziente, e poi ho un po' parlato sia con lei sia con la sua bambina dopo la visita. Sono sempre più consapevole dell'importanza di saper **comunicare in modo consapevole**. In questi casi non si può certo improvvisare o affidarsi al buon senso..." [OS4: *Identificare le strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione e l'accoglienza delle donne e delle/dei minori che hanno subito violenza*].

Esce dal suo studio Paola Tagliaventi, Medico di Medicina Generale, che afferisce al consultorio: "Buonasera, sento che state di nuovo parlando della violenza di genere. Vedo molte donne e capisco quanto sia importante saper **identificare correttamente i casi**. Non sempre è immediato coglierne i **segni e i sintomi, e sapere di quali indicatori** tener conto. Ne parlavo anche con un mio collega pediatra, che è interessato in modo specifico alla violenza assistita da parte dei bambini e delle bambine [OS2: *Identificare segni, sintomi e indicatori per una corretta individuazione dei casi di violenza e di percorsi specifici per donne e minori*].

Riprende Giorgia Artegini: "Aggiungo che a noi operatori che lavoriamo sul territorio sono necessarie competenze specifiche per la prevenzione e gestione del fenomeno. Questi casi richiedono il coinvolgimento di diverse figure professionali e strutture del territorio di cui noi facciamo parte. Dobbiamo **individuare gli strumenti per costruire e rafforzare le reti antiviolenza**. [OS5: *Individuare gli elementi utili per la costruzione e rafforzamento delle reti antiviolenza*]. Perché non raccogliamo delle informazioni a uso interno, sistematizzando tutti i punti sulla violenza che abbiamo toccato? Sarebbe utile a tutti gli operatori del territorio dell'ASL e, in prospettiva, anche alla cittadinanza..."

Domande

Se tu fossi uno dei colleghi dell'ASL di Treventi Alta, quali informazioni raccoglieresti sul fenomeno della violenza contro le donne e della violenza assistita.

1. Come descriveresti il fenomeno della violenza sulle donne e quella assistita sulle/sui minori, anche rispetto alla sua diffusione e alla normativa attualmente in vigore?
2. Quali sono i segni, sintomi e indicatori per una corretta individuazione dei casi di violenza?
3. Quali sono i principali effetti della violenza sulla salute psico-fisica-sociale delle donne e delle/dei minori?
4. Quali sono le più corrette strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione e l'accoglienza delle donne e delle/dei minori che hanno subito violenza?
5. Quali sono gli elementi utili per la costruzione e il rafforzamento delle reti antiviolenza?

Obiettivi specifici di apprendimento

- OS1: Descrivere il fenomeno della violenza sulle donne e sulle/sui minori: definizioni, inquadramenti epidemiologici, normative
- OS2: Identificare segni, sintomi e indicatori per una corretta individuazione dei casi di violenza
- OS3: Descrivere i principali effetti della violenza sulla salute psico-fisica-sociale delle donne e delle/dei minori vittime di violenza assistita
- OS4: Identificare le strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione e l'accoglienza delle donne e delle/dei minori che hanno subito violenza
- OS5: Individuare gli elementi utili per la costruzione e rafforzamento delle reti antiviolenza

RIQUADRO 2

Esempio di soluzione del problema proposta da esperte e esperti, con risposte alle domande emerse dall'analisi del problema (Riquadro 1)

SOLUZIONE DEL PROBLEMA: La prevenzione della violenza di genere nel nostro territorio

1. Come descriveresti il fenomeno della violenza sulle donne e quella assistita sulle/sui minori, anche rispetto alla sua diffusione e alla normativa attualmente in vigore?

La ginecologa Giorgia Artegna descrive la violenza di genere come un fenomeno socialmente e storicamente determinato, declinato diversamente a seconda delle fasi storiche e delle culture in relazione ai ruoli sessuali e ai rapporti di potere ad essi sottesi.

Secondo la WHO nel mondo la violenza contro le donne interessa 1 donna su 3. In Italia i dati ISTAT mostrano che il 31.5% delle donne ha subito nel corso della vita qualche forma di violenza fisica o sessuale. Il femminicidio nel 2021 ha rappresentato il 41.9% di tutti gli omicidi.

La pandemia da COVID-19 ha peggiorato situazioni di violenza già strutturate e favorito l'innescarsi di nuove condizioni di maltrattamento, abuso e atti aggressivi laddove prima questi comportamenti erano assenti. Giorgia aggiunge che si possono distinguere diverse forme di violenza: violenza fisica, sessuale, psicologica ed economica; violenze sessuali imposte dopo aver somministrato sedativi potenti a insaputa della vittima (*drug facilitated sexual assault*); violenze di gruppo; violenze agite da persone conosciute (incluso lo stupro coniugale) e violenze agite da persone sconosciute; la tratta delle donne, le mutilazioni genitali femminili; lo *stalking*, la violenza online o *cyber-violenza*; la violenza su donne disabili o su donne anziane; il femminicidio, quale forma estrema di violenza contro le donne.

2. Quali sono i segni, sintomi e indicatori per una corretta individuazione dei casi di violenza?

Paola Tagliaventi, Medico di Medicina Generale, riporta che spesso le donne che subiscono violenza tendono a nascondere gli episodi di maltrattamento e di abuso ed è pertanto importante prestare attenzione a quei segni e sintomi che rappresentano dei veri e propri campanelli d'allarme e testimoniano la possibilità di trovarsi di fronte a una donna che subisce violenza.

Segni e sintomi vengono suddivisi in fisici (con indicatori vari quali ecchimosi, traumi, fratture, ustioni e ferite da arma da taglio); comportamentali/psicologici (con indicatori quali atteggiamento contraddittorio o evasivo, riluttanza a parlare in presenza del partner, partner dispotico/iperprotettivo/controllante, atteggiamenti difensivi incongrui, ecc.); anamnestici (con indicatori quali reticenza o amnesia su alcuni gruppi o persone, dinamica non correlabile alle lesioni, storia di abuso durante l'infanzia, tentativi di suicidio, disturbi del sonno, *cutting*, ecc.).

Paola Tagliaventi aggiunge alcuni riferimenti agli strumenti a disposizione del personale: per facilitare l'emersione della violenza di genere, il *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) è uno strumento elaborato e validato in Ontario nel 2001. Si usa anche in una versione semplificata, la *WAST Short*, per la rilevazione del rischio di re-vittimizzazione, e quindi del rischio di *escalation* della violenza e di femminicidio, tra gli strumenti disponibili, il *Danger Assessment* (DA) ha mostrato la maggiore accuratezza predittiva. Nella versione a 20 item il lungo tempo necessario per la compilazione rappresenta un ostacolo per l'applicazione nei contesti sanitari e assistenziali. Pertanto, è stata sviluppata una versione breve a 5 item denominata DA5, costituita dagli item del DA più predittivi.

Rispetto alla violenza assistita da minori, spesso non ci sono segni visibili da individuare ma ferite profonde associate a una sofferenza psicologica. Il processo di riconoscimento della violenza assistita comprende: Tempestiva valutazione del grado di rischio della pericolosità/letalità fisica e/o mentale per i minori; Individuazione delle caratteristiche delle situazioni di violenza domestica; Identificazione dei segnali di malessere.

La sintomatologia manifestata dalle/i minori che assistono alla violenza domestica è l'esito di un adattamento difficile e complesso e può favorire l'insorgenza di psicopatologie in età infantile ma anche in tempi successivi. La WHO ha riconosciuto nella diagnosi di *Complex Post Traumatic Stress Disorder*, il potenziale traumatico dell'esposizione alla violenza assistita dalle/dai minori in ambito domestico.

3. Quali sono i principali effetti della violenza sulla salute psico-fisica-sociale delle donne e delle/dei minori?

L'infermiere Marco spiega che rispetto alla violenza sessuale: le conseguenze psicologiche dipendono dalla modalità con cui si è consumata la violenza e dalla relazione con l'aggressore; è riconosciuta in letteratura una sindrome denominata *Rape Trauma Syndrome* (RTS, sindrome da trauma da stupro), con tre fasi (acuta o della disorganizzazione; di riorganizzazione; e di risoluzione o ri-normalizzazione).

Nel caso della violenza domestica: è utile fare riferimento al modello del ciclo della violenza (Walker, 1979) per identificare la fase in atto e intervenire nella spirale della violenza che caratterizza queste relazioni; considerare che essere esposta in maniera continuativa, ciclica e imprevedibile a comportamenti violenti, porta nella donna allo sviluppo di una sintomatologia complessa e multiforme che nella letteratura specialistica è stata definita *Battered Woman Syndrome* (BWS) (Walker, 1979).

Inoltre, gli atti persecutori o *stalking* sono una forma d'aggressione diretta ad annientare la volontà della vittima, a distruggerne il morale e la sua capacità di resistenza, attraverso una reiterazione incessante che può provocare stati di ansia e di paura, fino a compromettere, con disturbi *psico-fisici*, il normale svolgimento della vita quotidiana e la salute della donna.

Alcuni autori descrivono una sindrome specifica nella vittima di *stalking*, denominata *Stalking Trauma Syndrome* (STS), caratterizzata da elementi simili al disturbo post-traumatico da stress (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD).

La violenza online contro le donne, o *cyber-violenza* può avere conseguenze a livello psico-fisico legate a diversi aspetti quali l'impossibilità di cancellare e l'esposizione enorme a cui la donna è sottoposta. La donna non è a conoscenza dell'entità del fenomeno e non può proteggersi. In conseguenza alla violenza online si sono registrati sintomi del PTSD.

4. Quali sono le più corrette strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione e l'accoglienza delle donne e delle/dei minori che hanno subito violenza

Marco riporta che il Modello Operativo comunicativo-relazionale (MO) rappresenta un protocollo di riferimento, flessibile e dinamico, articolato in tre fasi: accoglienza; accertamenti diagnostici e focalizzazione del problema; invio mirato ai Servizi territoriali competenti.

Per ciascuna fase sono individuate le necessarie azioni prioritarie (procedure). Nel colloquio con la donna che ha subito una qualsiasi forma di violenza, è fondamentale che l'operatrice o l'operatore: conosca gli elementi basilari della comunicazione e della relazione professionale; sia preparata/o dal punto di vista tecnico-scientifico e comunicativo relazionale per accogliere la donna in un clima empatico e sicuro, tenendo conto di alcuni punti chiave del colloquio di accoglienza; nel caso di donna migrante vittima di violenza prestare particolare attenzione alla transculturalità e quindi alla riduzione della barriera linguistica e culturale.

Nel caso di minore vittima di violenza assistita, le indicazioni operative per facilitare l'ascolto e la comunicazione sono: Accogliere la/il minore in un ambiente riservato e tranquillo, con sensibilità e attenzione; Ascoltare con empatia, rispettando i silenzi, i tempi emotivi, i tempi di concentrazione e attenzione, cogliendo i segnali verbali e non verbali e trasmettendo sicurezza e autocontrollo.

È opportuno: Comunicare utilizzando un linguaggio consono all'età, assumendo un atteggiamento di disponibilità, di lealtà e di trasparenza, formulando domande aperte, brevi, semplici, non suggestive, esplorando temi neutri, evitando di interrompere e correggere; Prestare attenzione alle modalità di narrazione dell'esperienza traumatica.

5. Quali sono gli elementi utili per la costruzione e rafforzamento delle reti antiviolenza?

Artegni riferisce che il "Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023" propone, in linea con la Convenzione di Istanbul del 2011, azioni di intervento in materia di politiche di contrasto alla violenza maschile contro le donne sintetizzate in 4 assi: Prevenzione; Protezione e Sostegno; Perseguire e Punire; Assistenza e Promozione.

La priorità presa in carico risulta fondamentale per la costruzione della rete antiviolenza. La presa in carico delle donne vittime di violenza e delle/dei minori vittime di violenza assistita deve essere garantita attraverso percorsi di sostegno e di reinserimento, sia per la fase di emergenza sia nel favorire l'inserimento lavorativo, abitativo e l'empowerment nel percorso di uscita dalla violenza.

La rete antiviolenza può essere definita una rete integrata di soggetti pubblici e privati, il più allargata possibile, e deve coinvolgere i seguenti ambiti istituzionali e privati competenti: l'ambiente istituzionale pubblico, i Centri antiviolenza (CAV), le organizzazioni operanti sul territorio regionale e iscritte ai registri regionali del volontariato.

Per lavorare in rete occorre partire da alcune basi condivise, da una univoca lettura del fenomeno e con un approccio condiviso alla problematica, avendo ben chiari compiti e necessità degli altri operatori.

Tra gli attori della rete antiviolenza ricordiamo: Centri antiviolenza, operatrici e operatori sanitari e socio-sanitari di Servizi sanitari e di Dipartimenti di emergenza/urgenza 118, di Servizi sociali territoriali, di Consultori familiari, di Centri per autori di violenze, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Forze dell'Ordine.

Un ambito particolare è rappresentato dalla rete antitratto.

Formazione di facilitatrici e facilitatori dell'apprendimento

Le professionalità coinvolte in un processo formativo basato sul PBL assumono ruoli e funzioni diverse rispetto a un corso tradizionale e richiedono quindi specifica formazione e condivisione del metodo stesso.

Nell'ambito del PBL la figura “docente” abbandona il ruolo di unica fonte di conoscenza per diventare una “risorsa” per le partecipanti e i partecipanti (Barrows & Tamblyn, 1980). Da erogatore di “sapere”, diventa “esperto dei contenuti” (Bonciani *et al.*, 2013). Nei corsi FAD questa figura, oltre che ad allinearsi al metodo didattico, è chiamata a impegnarsi direttamente nella produzione di materiali didattici adeguati a questo contesto, a tenere seminari e rilasciare interviste in formato video che concorrano al raggiungimento degli obiettivi di apprendimento.

Una figura cruciale nel PBL è quella della facilitatrice e del facilitatore, che è in grado di stimolare l'apprendimento individuale e dell'intero gruppo di lavoro e di favorire l'interazione tra chi compone il gruppo. A questa figura è richiesto di orientare le partecipanti e i partecipanti, in maniera chiara ma non direttiva, verso la strada corretta affinché percorrano autonomamente il ciclo PBL, senza mai fornire “risposte esatte”. Il mandato di questa figura è quello di mantenere la propria funzione di guida e di orientamento, evitando di catalizzare l'attenzione su di sé, lasciando pertanto alle partecipanti e ai partecipanti, e al gruppo, il ruolo di protagonisti del processo di apprendimento.

Rispetto alla modalità residenziale, inoltre, nei corsi FAD la facilitatrice e il facilitatore devono saper coniugare le competenze tecnico-relazionali della gestione dei gruppi, proprie del PBL, a quelle tecnologiche dell'uso della piattaforma e-learning e dei suoi strumenti di comunicazione online (Hmelo-Silver *et al.* 2006).

La figura della facilitatrice e del facilitatore, che si discosta nettamente da quella tradizionale e conosciuta di “docente”, richiede competenze specifiche che possono essere acquisite solo attraverso opportuna formazione. Questa è necessaria anche per favorire la standardizzazione dei processi formativi e delle figure coinvolte, in modo da poter garantire, per esempio, l'eventuale loro sostituzione all'interno di un gruppo senza compromettere il processo di apprendimento (Mazzaccara *et al.*, 2007).

Uno strumento importante, che concorre alla standardizzazione del ruolo di questa figura, è rappresentato dalla “Guida della facilitatore e del facilitatore”, che fornisce un percorso strutturato sui passi del PBL e una traccia delle attività da seguire in un dato corso.

Nel Progetto #IpaziaCCM2021 è stata realizzata una formazione specifica per questo ruolo, come descritto nella Tabella 1.

Inoltre, nel corso delle attività di formazione residenziale (locale/territoriale), di cui si parlerà più avanti, è stata realizzata un'ulteriore attività di formazione di facilitatrici e di facilitatori sul campo, seguendo la logica del *learning by doing*. L'ISS, in questo caso, ha supervisionato le attività di facilitazione del personale delle UO progettuali impegnato nei corsi residenziali locali, organizzati su un programma PBL.

Tabella 1 Progetto #IpaziaCCM2021: principali caratteristiche e risultati del corso “Il Problem Based Learning nella formazione continua in sanità pubblica per lo sviluppo delle competenze: ruolo, funzioni e compiti del Facilitatore dell’apprendimento”

Caratteristica	Descrizione
Periodo di erogazione	24-26 ottobre 2022
Destinatari e destinatari e accreditamento	32 partecipanti (con rappresentanti afferenti a ciascuna UO del Progetto provenienti da differenti aree disciplinari: infermieristica, psicologica, sociale, medica) interessati alla formazione attiva in salute pubblica e a ricoprire la figura di facilitatrice o facilitatore dell’apprendimento in altri eventi residenziali diretti al personale del territorio. Accreditamento ECM: tutte le professioni sanitarie – 17,7 crediti ECM Accreditamento CNOAS: assistenti sociali – 16 crediti
Scopo e obiettivi di apprendimento	Facilitare eventi formativi che utilizzino la metodologia attiva del PBL, avendo chiari gli elementi di progettazione e organizzazione necessari e il ruolo della facilitatrice e del facilitatore dell’apprendimento. Formare la figura della facilitatrice e del facilitatore dell’apprendimento, che nei territori delle Aziende e Strutture coinvolte nel Progetto #IpaziaCCM2021 possa attivare e condurre, con le esperte e gli esperti (impegnati nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere), percorsi di formazione secondo la metodologia del PBL– <i>competence-oriented</i>. Obiettivi specifici di apprendimento: • Descrivere le caratteristiche e le fasi del PBL • Identificare i vantaggi del PBL e la sua evoluzione per la formazione continua dei professionisti socio-sanitari • Individuare ruoli e funzioni nel PBL: il facilitatore del processo di apprendimento • Descrivere la tecnica di preparazione di un problema PBL • Individuare le caratteristiche del <i>Competency Based Model</i> e la sua integrazione con il PBL
Obiettivo formativo ECM	N. 8 - Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale
Metodologia didattica e modalità di erogazione	PBL al fine di poter integrare competenze specifiche in tale ambito con quelle tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali di personale esperto-formatore impegnato nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere. Studio di problemi in piccoli gruppi (PBL), esercitazioni pratiche, presentazioni delle esperte e degli esperti, presentazioni in plenaria della soluzione individuale e di gruppo del problema, discussione e valutazione formativa dei lavori di gruppo da parte delle esperte e degli esperti della materia.
Modalità di valutazione	<i>Prova certificativa</i>: questionario risposta aperta costituito dalle 5 domande poste alla fine del problema in relazione ai 5 obiettivi specifici di apprendimento. Le risposte al questionario, quindi, rappresentavano una proposta di soluzione al problema. <i>Criteri di superamento</i>: risposta completa rispetto al metodo didattico proposto. A ogni domanda è stato dato un peso del 20%. Soglia minima di superamento della prova al 75% con un punteggio distribuito sulle risposte alle 5 domande. Questionario di gradimento del Corso Questionario ECM di valutazione della qualità percepita
Iscritte e iscritti	Iscrizioni al corso: N. 32 partecipanti Presenze al corso: N. 30 partecipanti
Completer	N. 23 <i>completer</i> (partecipanti che hanno completato con successo il corso) di questi: Professioni ECM: 13 Assistenti sociali: 10

Tipologie formative

Le azioni formative, tenendo conto delle risorse disponibili, prevedono la realizzazione di eventi di formazione sul campo, formazione attiva residenziale, formazione a distanza, singoli o in forma associata fra loro, come nel caso dei percorsi blended.

Nello specifico del Progetto #IpaziaCCM2021, il percorso formativo è stato articolato in un corso FAD rivolto ai territori afferenti alle diverse UO progettuali e in corsi residenziali di livello locale/territoriale. È stata inoltre progettata e realizzata un'attività di formazione interna per il personale del Progetto, che ha permesso di allineare tutte le componenti metodologiche e strategiche relative all'orientamento formativo adottato, inclusa la formazione di un gruppo di facilitatrici e di facilitatori per gli eventi di formazione territoriali basati sugli stessi metodi formativi.

Formazione a distanza

Un corso FAD può rappresentare una tipologia di formazione particolarmente adatta al personale di salute impegnato intensivamente nel proprio lavoro, fornendo la possibilità di personalizzare autonomamente spazi, tempi e modi di fruizione.

Rispetto a modalità *e-learning* di tipo “erogativo” con prevalenza di oggetti multimediali (filmati, videolezioni, interviste, ecc.), va sottolineato che le tecnologie multimediali, di per sé, non producono innovazione didattica. Per contro, la FAD basata su metodi didattici attivi, come il PBL, rappresenta una modalità adatta a professioniste e professionisti della salute in età adulta, consentendo maggiore autonomia e maggiore personalizzazione del percorso di formazione. Inoltre, potersi collegare e fruire della formazione in qualsiasi momento della giornata e da qualsiasi postazione, è sicuramente un elemento cruciale per poter coniugare esigenze lavorative e necessità di aggiornamento professionale.

Se nella formazione residenziale il PBL può essere riprodotto nella sua forma originaria, nella FAD, dove i corsi sono erogati tramite piattaforme *e-learning* (*Learning Management System*, LMS) il ciclo PBL può essere riprodotto utilizzando gli strumenti offerti dai sistemi in uso, considerando diversi livelli di interazione in base a diverse componenti del progetto formativo, come ad esempio gli obiettivi formativi o il numero di persone partecipanti (Barbina *et al.*, 2017). Il processo di rimodulazione del PBL in funzione dell'*e-learning*, perseguito dall'ISS a partire dal 2004, ha avuto come obiettivo prioritario quello di conservare gli aspetti cruciali del metodo PBL, in quanto prerequisiti importanti nella didattica rivolta professioniste e professionisti in età adulta. In particolare, è stato considerato essenziale mantenere la sequenza dei 7 passi del ciclo PBL e alcune specificità, quali: il processo di attivazione di conoscenze pregresse; l'orientamento alla responsabilizzazione del discente per il proprio apprendimento (*self-direct learning*), attraverso la definizione dei propri obiettivi formativi; l'impegno alla rielaborazione delle conoscenze acquisite, nell'ottica del *learning by doing* (Guilbert, 1977).

Progressivamente sono stati sviluppati tre principali modelli di erogazione: alta, media e bassa interazione, strettamente correlati al numero di persone partecipanti, al grado di interazione tra di loro e con la facilitatrice o il facilitatore, alla possibilità di creare piccoli gruppi di lavoro e alla presenza attiva della facilitazione (Calabrò *et al.*, 2021; Mazzaccara, *et al.*, 2013). Nelle componenti FAD, soprattutto in assenza della figura della facilitatrice o del facilitatore, è indispensabile motivare chi partecipa con attività strutturate che, sebbene svolte in autonomia, non riproducano una modalità «trasmissiva». A questo scopo è necessario sostenere le partecipanti e i partecipanti nel renderli consapevoli del metodo PBL (metacognizione).

Il livello di interazione adatto a ciascun corso dipende da diverse variabili, definite in fase di analisi della situazione, quali: numero e tipo di partecipanti, caratteristiche e obiettivi del corso, disponibilità di risorse umane e tecniche. In sintesi, come esemplificato in Tabella 2, più è elevato il numero di partecipanti, più sarà necessario strutturare l'ambiente di apprendimento in modo tale da sostituire e/o integrare la figura della facilitatrice o del facilitatore del processo di apprendimento.

Tabella 2. Modelli di formazione a distanza per livelli di interazione

Interazione	Specificità	Materiali
Alta	• Partecipanti in piccoli gruppi (6-8 partecipanti) con facilitatrice o facilitatore • Ciclo PBL: massima aderenza al PBL tutto il ciclo riprodotto • Modalità sincrona e/o asincrona, focus sul gruppo • Strumenti collaborativi della piattaforma LMS	Strutturati, forniti dall'esperto e costruiti dai partecipanti in modo collaborativo
Media	• Partecipanti in gruppi con max 30 persone • Ciclo PBL: 2 dei 7 passi gestiti dalla facilitatrice o dal facilitatore in modalità asincrona	Strutturati, forniti dalle esperte e dagli esperti
Bassa	• Partecipanti in numero > 100 • Ciclo PBL: autoapprendimento • Modalità asincrona; no facilitazione • Ambiente di apprendimento più strutturato-facilitante	Strutturati, forniti dalle esperte e dagli esperti

Nei corsi ad *alta interazione*, rivolti a un numero ristretto di partecipanti, è fortemente suggerita la possibilità di interagire all'interno dei piccoli gruppi di apprendimento. L'interazione può essere riprodotta su un LMS, piattaforma applicativa con tutte le funzionalità utile a gestire ed erogare contenuti per la formazione attraverso la figura di una facilitatrice o di un facilitatore del processo di apprendimento e attraverso strumenti di comunicazione quali forum e aula virtuale, orientati a riprodurre i 7 passi del ciclo PBL e a stimolare la massima interazione e lo scambio di esperienze tra i partecipanti (Barbina *et al.*, 2017).

Nei corsi a *media interazione*, destinati a un numero contenuto di partecipanti, è previsto lo sviluppo di attività e forme di condivisione su alcuni dei passi del ciclo PBL. Tale modalità è stata realizzata nel primo percorso FAD sul tema della violenza del 2015, dove è stato utilizzato un forum tutoraggio per permettere la condivisione delle proprie esperienze lavorative (Colucci *et al.*, 2019; Barbina *et al.*, 2019).

Nei corsi a *bassa interazione*, il ciclo PBL può essere riprodotto in modalità asincrona. Non sono previste attività interattive e/o tutoraggio, essendo corsi destinati a migliaia di iscritte e iscritti. In questo caso chi partecipa lavora in totale autonomia, seguendo comunque i 7 passi del PBL in sequenza. Tale modalità offre un equilibrio tra il grado di autonomia che caratterizza il metodo basato sull'autoapprendimento e la necessità di indirizzare con maggiore chiarezza le partecipanti e i partecipanti. Quest'ultima tipologia è stata utilizzata nel Progetto #IpaziaCCM2021 (Colucci *et al.*, 2023; Barbina, 2023).

Le esperienze e analisi dell'ISS (Mazzaccara, 2015) suggeriscono che è l'interazione tra partecipanti a essere correlato al miglioramento delle performance e a favorire il cambiamento delle pratiche in ambito lavorativo. Da una ricerca dell'ISS emergono evidenze di validità del PBL in FAD, quanto maggiore è l'interazione (Mazzaccara *et al.*, 2013; Barbina *et al.*, 2014). Tuttavia, ciascuno dei 3 modelli presenta i propri punti di forza: per i corsi a bassa e media interazione sono la possibilità di raggiungere in un contesto di formazione attiva un'ampia platea

di partecipanti, il risparmio di risorse e la fruibilità geografica e temporale personalizzata; per i corsi ad alta interazione è l'attività individuale nel contesto del lavoro di gruppo che determina il raggiungimento degli obiettivi e il miglioramento delle performance individuali e del gruppo, favorendo il cambiamento delle pratiche lavorative, parimenti a quanto avviene nella formazione residenziale basata su metodologie attive.

Indipendentemente dal modello di interazione prescelto, è opportuno che i corsi FAD siano organizzati in unità di apprendimento, che riproducano al loro interno l'intera struttura del ciclo del PBL e tutte le risorse necessarie a un ambiente formativo attivo e rispondente alle necessità di monitoraggio. La struttura principale di ciascuna Unità di apprendimento può prevedere la seguente articolazione: risorse introduttive; passi del ciclo PBL; risorse conclusive. La Tabella 3 illustra la struttura con le componenti principali.

Tabella 3. Struttura e principali componenti di una Unità di apprendimento standard di corsi FAD basati su metodologia PBL

Articolazione metodologica e finalità delle risorse	Strumenti/attività di apprendimento
Risorse introduttive	
Introduzione e obiettivi generali: fornire inquadramento generale del corso	Pagine web, file, altro
Guida partecipante: informazioni su struttura del corso, metodo didattico, requisiti tecnici; elenco e modalità di fruizione attività didattiche; modalità per ottenere crediti ECM; contatti	
Frequently Asked Questions (FAQ): raccolta delle risposte alle domande più frequenti	
Test di ingresso: testare le proprie conoscenze prima di iniziare il corso	Test con domande a scelta multipla - Multiple Choice Question (MCQ) Le domande sono legate agli obiettivi di apprendimento
Passi del Ciclo PBL	
Passo 1-5: presentazione e analisi del problema. Definizione focus del problema e risposta alle domande per l'attivazione di conoscenze pregresse. Formulazione obiettivi di apprendimento per l'apprendimento auto diretto. Confronto obiettivi di apprendimento formulati con quelli di esperte ed esperti	Esercitazione: presentazione del problema con diapositive animate, video, altro, ecc. Domande aperte relative agli argomenti del corso; Domande aperte relative agli obiettivi di apprendimento; Presentazione e confronto con gli obiettivi di apprendimento identificati da esperte ed esperti
Passo 6: ricerca e studio materiali. Raccolta materiali di studio usando parole chiave, siti Web e bibliografia; Studiare i materiali raccolti e quelli forniti da esperte ed esperti al fine di rispondere alle lacune conoscitive sui temi trattati	Materiale di supporto: parole chiave, bibliografia e siti Web Materiale di studio fornito dagli esperti (es. dispense, articoli, rapporti tecnici, ecc) Tutorial: presentazioni di esperti relative a ciascun obiettivo di apprendimento
Passo 7: soluzione del problema. Confronto della propria ipotesi di soluzione del problema con quella fornita dall'esperta o esperto	Tutorial Soluzione del problema: Presentazione delle soluzioni del problema proposte dagli esperti
Risorse conclusive	
Post test autovalutativo: autovalutazione alla fine dell'Unità	Test MCQ – stesse domande del test di ingresso
Test certificativo di fine Unità: superamento dell'Unità/Corso	Test MCQ - domande legate agli obiettivi di apprendimento
Questionari di gradimento	Domande chiuse su scala Likert e aperte
Attestato (ECM o di partecipazione)	Certificato scaricabile in piattaforma

Nel PBL, un corso strutturato in una unità di apprendimento standard è in genere articolato in 3-5 obiettivi specifici di apprendimento (ciascun obiettivo di apprendimento è collegato ad attività formative).

Di seguito alcuni elementi a cui prestare attenzione per la produzione di un corso FAD:

- Definire obiettivi di apprendimento raggiungibili in FAD, quindi legati prevalentemente alle dimensioni del “sapere” e del “saper essere” anziché al “saper fare”, soprattutto nel caso di FAD a bassa interazione.
- Preparare le partecipanti e i partecipanti alla corretta fruizione. Soprattutto nel caso di FAD strutturate e caratterizzate da metodi didattici attivi, è indispensabile che chi fruisce del corso possa disporre di opportuni strumenti informativi, come: manuale di utilizzo della piattaforma; guida su metodi e tecniche utilizzate, struttura e calendario del corso, aspetti logistici, sistemi di valutazione e di assegnazione dei crediti; strumenti di comunicazione per rispondere a eventuali dubbi: supporto tecnico, indirizzo *e-mail*, FAQ.
- Garantire al personale partecipante la possibilità di accedere facilmente e proficuamente al corso FAD nell’arco delle 24 ore.
- Offrire un ambiente di apprendimento attivo, adatto al personale di salute.
- *Scaffolding* “impalcature di sostegno”: fornire risorse di apprendimento, tecniche, organizzative, interpersonali, che permettano alla/al partecipante di “trovare un clima congeniale e gli “appigli” più idonei per procedere” (Ranieri, 2010).
- Monitorare costantemente l’andamento delle attività delle/dei partecipanti con un sistema di reporting robusto ed efficace.
- Valutare i livelli di conoscenza e competenza acquisiti dalle/dai partecipanti e analizzare il conseguimento degli obiettivi di apprendimento prefissati per i futuri sviluppi progettuali.

Nella Tabella 4 sono riportate le principali caratteristiche e i risultati sintetici del corso 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 del Progetto #IpaziaCCM2021)”.

Tabella 4. Principali caratteristiche del corso FAD “Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e della violenza assistita nei contesti territoriali”

Caratteristica	Descrizione
Periodo di erogazione	20/07/2022 - 20/12/2022
Tempo di fruizione previsto	16 ore
Destinatari e accreditamento	Personale delle Aziende Sanitarie ed Enti/Strutture partner del Progetto #IpaziaCCM2021 o afferente ad essi nell’ambito della gestione della violenza di genere: Medici di Medicina Generale e Pediatrie/i di Famiglia, Professioniste e professionisti sanitari, Assistenti sociali; Operatrici e Operatori Socio Sanitari (OSS); Personale di Pronto Soccorso e 118; Personale dei Servizi per le Dipendenze, delle Strutture residenziali e dei Consultori; Altro personale che svolge attività correlate al contrasto della violenza di genere. Accreditamento ECM: tutte le professioni sanitarie – 16 crediti ECM Accreditamento CNOAS: assistenti sociali – 16 crediti

segue

continua

Caratteristica	Descrizione
Scopo e obiettivi di apprendimento	Scopo: promozione delle competenze del personale di area sanitaria e socio-sanitaria nell'individuare i casi di violenza contro le donne e di violenza assistita, facilitare percorsi di fuoriuscita dai contesti d'abuso e di violenza, utilizzare appropriate strategie comunicativo-relazionali, riconoscere il ruolo delle reti territoriali e l'impatto dell'emergenza sanitaria da COVID-19 sul fenomeno. 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. Obiettivi specifici: 1. Descrivere il fenomeno della violenza sulle donne e sulle/sui minori, tenendo conto dell'emergenza sanitaria da COVID-19 e dei suoi effetti 2. Identificare segni, sintomi e indicatori per una corretta individuazione dei casi di violenza e di percorsi specifici per donne e minori 3. Descrivere i principali effetti della violenza sulla salute psico-fisica-sociale delle donne e delle/dei minori 4. Descrivere le strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione e l'accoglienza delle donne e delle/dei minori che hanno subito violenza 5. Individuare gli elementi utili per la costruzione e rafforzamento delle reti antiviolenza. A tali obiettivi fa riferimento l'intera struttura del corso FAD compresi i contenuti riportati nei materiali di lettura predisposti per le/i partecipanti. Tali medesimi contenuti sono stati affrontati nella Parte Seconda di questo documento
Obiettivo formativo ECM	N. 10 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
Metodologia didattica e modalità di erogazione	Approccio integrato di apprendimento attivo: <i>Problem Based Learning e Competency-based education</i>. Erogato tramite piattaforma www.eduiss.it Corso erogato in modalità a bassa interazione
Modalità di valutazione	<i>Prova certificativa</i>: test con domande con risposte a scelta multipla (MCQ) - 4 opzioni di risposta, di cui una sola corretta). Superamento al raggiungimento del 75% di risposte corrette. 3 tentativi <i>Prove formative</i>: - test di ingresso all'inizio del corso con domande con risposte a scelta multipla (MCQ) - 4 opzioni di risposta, di cui una sola corretta. Il test consente al partecipante di valutare le proprie conoscenze pregresse sugli argomenti trattati nel corso. - test di autovalutazione al termine del corso con le stesse domande del test di ingresso; il test permette di valutare autonomamente la necessità o meno di approfondire lo studio dei temi trattati prima della prova certificativa Questionario di gradimento del Corso Questionario ECM di valutazione della qualità percepita
Iscritte e iscritti	Iscrizioni al corso: 4.361 partecipanti, di cui: • 3.624 Professioni ECM • 184 Assistenti sociali • 553 OSS e Altre figure Iscritte e iscritti che non hanno mai effettuato l'accesso ad alcuna attività: 1.040 Partecipanti attivi: 3.321
Completer	2.346 (70,6% di partecipanti attive/i) di cui: 1.896 Professioni ECM 92 Assistenti sociali 358 OSS e Altre figure Genere: 82% femmine 18% maschi

Formazione residenziale

Nell'ambito di un programma di formazione integrato e multilivello, per l'organizzazione di eventi residenziali locali/territoriali, pur caratterizzandosi nelle loro specificità, è opportuno che si segua per le diverse realtà un modello condiviso e sviluppato in modo standard dal punto di vista degli obiettivi di apprendimento, delle metodologie e dei contenuti *evidence-based*.

Rispetto alla FAD, nella formazione residenziale basata sul PBL è possibile riprodurre fedelmente il ciclo PBL, creare piccoli gruppi di 5-7 persone e avvalersi di una facilitatrice o un facilitatore per ogni singolo gruppo.

Nella stesura del programma didattico, pertanto, è necessario prevedere e considerare tempi e spazi adeguati, che consentano una piena applicazione del metodo PBL.

Nel PBL il "problema", strutturato in base a elementi *trigger* legati agli obiettivi di apprendimento individuati dal gruppo di esperte ed esperti dei contenuti, viene presentato sempre all'inizio del percorso di apprendimento, senza che esso sia preceduto da alcuna lezione introduttiva. Una facilitatrice o un facilitatore invita ad analizzarlo e a condividere le proprie conoscenze ed esperienze pregresse, nonché a identificare i propri bisogni formativi in relazione alla problematica proposta, orientando fin da subito l'apprendimento alla risposta ai quesiti posti al termine della illustrazione del problema stesso.

Tramite la ricerca individuale di materiale scientifico per raggiungere i propri obiettivi di apprendimento, la condivisione dei materiali stessi in piccoli gruppi nonché attraverso la lettura di ulteriore materiale di studio identificato dalle esperte e dagli esperti di contenuti e presentazioni seminariali, le partecipanti e i partecipanti acquisiscono nuovi elementi di conoscenza e nuove capacità per la risoluzione del problema stesso, diventando così principali artefici del proprio apprendimento.

Il metodo pone dunque le partecipanti e i partecipanti al centro del processo formativo, stimolandone le capacità di analisi, di comprensione del problema e di ricerca della soluzione.

Nella Tabella 5 si propone uno schema di massima, di organizzazione di un programma di formazione residenziale in PBL strutturato in due giornate. Come si può notare dalla organizzazione delle giornate rappresentate in modo schematico nella tabella, l'intervento di esperte ed esperti è parte integrante del ciclo PBL (passo 6); si tratta di uno degli elementi attraverso i quali si acquisiscono le informazioni e la documentazione utile per rispondere al problema e formulare una propria soluzione.

Altri aspetti di cui tener conto nell'organizzazione di un corso PBL sono riportati in modo sintetico per punti nella Tabella 6.

Nel caso del Progetto#IpaziaCCM2021, è stata prevista la realizzazione di eventi formativi territoriali, condivisi tra le UO, aventi un duplice scopo:

1. formare il personale di salute coinvolto nel fenomeno della violenza di genere e della violenza assistita da minori,
2. abilitare le facilitatrici e di facilitatori appartenenti alle diverse UO progettuali.

Nella Tabella 7 sono presentate le principali caratteristiche dei corsi territoriali organizzati nell'ambito del Progetto.

Tabella 5. Esempio di organizzazione di un programma di formazione residenziale in PBL strutturato su due giornate con attività e tempi attesi

Passi PBL	Attività di apprendimento riferite ai passi PBL	Tempo
Prima giornata		
Fase preparatoria: predisposizione dell'ambiente e avvio esercitazione	Preparazione del setting per il lavoro in piccolo gruppo Distribuzione gruppi di lavoro, localizzazione dei tavoli (a cura della facilitatrice o del facilitatore) Presentazione (giro di presentazione di tutti i componenti del gruppo) Breve descrizione del primo lavoro di gruppo (Analisi del problema) La facilitatrice o il facilitatore spiega chiaramente cosa è richiesto in ogni singolo passo PBL Distribuzione dei ruoli: assegnazione ruolo <i>Chair</i> (deve fare attenzione ai tempi degli interventi, facilitare la partecipazione e la distribuzione equa dei diversi interventi: assegnazione ruolo <i>Rapporteur</i> (deve prendere nota degli elementi emersi dalla discussione, riportare gli obiettivi di apprendimento per dare una soluzione al problema, annotare la soluzione concordata dal gruppo e presentarla nella plenaria) Distribuzione e lettura del problema (prima individualmente e poi con il gruppo/collettivamente)	Circa 15 min
PASSI 1-5: planning meeting	Presentazione e analisi del problema: esercitazione sul problema e identificazione degli obiettivi di apprendimento. Dalla condivisione conoscenze all'identificazione fabbisogno formativo	Circa 2 ore
Passo 1	Chiarire i termini del problema: la prima fase del PBL prevede il chiarimento dei termini che non sono chiari	3-5 min
Passo 2	Definire il problema: l'obiettivo è arrivare a definire i temi centrali del problema	10-15 min
Passo 3	Analizzare il problema: riportare le proprie esperienze pregresse (<i>Brainstorming</i>). Questa fase prevede la descrizione e il confronto fra le partecipanti e i partecipanti delle loro esperienze/conoscenze/cause rispetto al problema e sugli argomenti principali identificati	30 min
Passo 4	Sistematizzare le ipotesi: il metodo prevede di riorganizzare/categorizzare per aree omogenee e mappe di concetti interrelati quanto è stato riportato nel <i>brainstorming</i>	20 min
Passo 5	Formulare gli obiettivi di apprendimento: in questa fase si devono identificare le nuove conoscenze da apprendere per risolvere il problema. La facilitatrice o il facilitatore accompagna le partecipanti e i partecipanti nella formulazione degli obiettivi sui quali è stato disegnato il problema, collegandoli agli aspetti discussi nella fase 3 e ordinati in categorie simili in fase 4.	25 min
PASSO 6: monitoring e priority meeting	Ricercare e studiare i materiali	Circa 5 ore
	Ricerca individuale documenti: la facilitatrice o il facilitatore invita a cercare dei documenti rispondenti agli obiettivi specifici <i>individuali</i>	60 min
	Selezione dei documenti: le partecipanti e i partecipanti selezionano in gruppo i documenti più appropriati	60 min
	Studio individuale: lettura dei documenti selezionati e di quelli eventualmente forniti dalle esperte e dagli esperti	120 min
	Interventi delle esperte e degli esperti dei contenuti: presentazioni seminariali su contenuti tecnici inerenti agli obiettivi di apprendimento del corso	60 min

continua

segue

Passi PBL	Attività di apprendimento riferite ai passi PBL	Tempo
Seconda giornata		
PASSO 7: solving meeting	Risolvere il problema	Circa 8 ore
	Elaborazione soluzione individuale del problema: ogni partecipante prepara una breve soluzione scritta al problema da presentare in 5 minuti, contenente il risultato della ricerca e di quanto appreso nei seminari	120 min
	Presentazione soluzione individuale: ogni partecipante presenta la propria soluzione nel gruppo di appartenenza	120 min
	Costruzione di una soluzione di gruppo: il gruppo elabora una soluzione condivisa a partire da quelle individuali	
	Presentazione in plenaria della soluzione di ciascun gruppo: la figura del <i>Rapporteur</i> presenta la soluzione del problema elaborata dal proprio gruppo	120 min
	Feedback delle esperte e degli esperti sulle soluzioni di gruppo: risposte a domande e suggerimenti operativi in base a concrete e pregresse esperienze operative	60 min

Tabella 6. Esempi di aspetti da considerare nell'organizzazione di un corso con metodologia PBL

Aspetti	Descrizione
Risorse umane	• Partecipanti max 24 (Composizione di gruppi eterogenei, 6-8 partecipanti a gruppo) • Facilitatrice o Facilitatore del metodo PBL per ciascun gruppo • Figura di <i>Chair</i> una di <i>Rapporteur</i> scelti in modo condiviso all'interno di ciascun gruppo • Esperte ed esperti in numero variabile in base anche al numero degli obiettivi di apprendimento
Risorse materiali	• Strutturati, forniti dalle esperte e dagli esperti e costruiti da ogni partecipante/gruppo in modo collaborativo • Individuazione degli OS all'interno del più ampio gruppo di lavoro delle varie UO del progetto • Costruzione di uno scenario (Problema) per assicurare un loro sviluppo appropriato del saper fare • Programma calendarizzato • Guida della facilitatrice e del facilitatore con parole chiave e domande a supporto per stimolare la discussione nel gruppo, collegati agli OS • Problema uguale per tutte le edizioni territoriali • Relazioni delle esperte e degli esperti come risorsa • Materiali come risultato dei lavori individuali e di gruppo: individuazione obiettivi specifici di apprendimento individuali e di gruppo; Materiali di lettura, Soluzioni individuali e soluzioni di gruppo
Risorse strutturali	• Aula condivisa • Aule separate per lavori in piccoli gruppi • Setting (tavoli possibilmente tondi, lavagna a fogli mobili /computer individuali e computer con schermo condiviso, cartelle condivise, Wi-Fi)
Skill	• Responsabilità del proprio apprendimento • Apprendimento cooperativo • Competenze operative • Competenze comunicative • Competenze sociali al fine della costruzione di una rete a livello territoriale • Capacità di autovalutazione e valutazione tra pari • Applicazione nel proprio contesto territoriale

Tabella 7. Progetto #IpaziaCCM2021: principali caratteristiche dei corsi territoriali organizzati nel 2023

Caratteristica	Descrizione
Periodo e luogo di erogazione	Edizioni dei corsi: 1. Grosseto, 20-22 febbraio (Azienda USL Sud Est Toscana) 2. Perugia, 20-22 marzo (USL Umbria 1, Perugia) 3. Matera, 27-29 marzo (ASL Matera) 4. Lecce, 19-21 aprile (ASL Lecce) 5. Roma, 22-24 maggio (INMP - Roma) 6. Policoro 29-31 maggio (ASL Matera) 7. Pordenone, 26-28 giugno (ASL del Friuli Occidentale, Pordenone) 8. Milano, 4-6 settembre (Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico)
Destinatari e destinatari; accreditamento ECM e CNOAS	Personale di area sanitaria o socio-sanitaria che lavora presso strutture del territorio di riferimento per la prevenzione della violenza contro le donne e i minori Categorie AGENAS: Medico, Psicologo, Infermiere, Ostetrica/o, Assistente sanitario, Educatore professionale, Assistente sociale
Scopo e obiettivi di apprendimento	Favorire la capacità di individuare tempestivamente i casi di violenza e favorire l'accesso alle reti territoriali. Implementare una modalità di lavoro condiviso per obiettivi.
Obiettivi formativi ECM	N. 2 - Linee guida, protocolli e procedure e documentazione clinica N. 8 - Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale N. 12 - Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
Metodologia didattica e modalità di erogazione	Tutti i corsi sono stati svolti utilizzando un medesimo <i>format</i> delle giornate, basate sul modello formativo PBL <i>Competency oriented</i> , con una condivisione di obiettivi formativi e materiali <i>evidence-based</i> . Le facilitatrici e i facilitatori afferivano alle UO del progetto e avevano frequentato sia il corso FAD iniziale sia il corso residenziale in ISS "Il Problem Based Learning nella formazione continua in sanità pubblica per lo sviluppo delle competenze: Ruolo, funzioni e compiti del facilitatore dell'apprendimento (Progetto #IpaziaCCM2021)" - Roma, 24-26 ottobre 2022. Contestualmente, i corsi territoriali hanno rappresentato un ulteriore contesto di formazione per le facilitatrici e i facilitatori, grazie a un'attività di supervisione e affiancamento sul campo da parte del personale esperto del PBL del Servizio Formazione dell'ISS. Si è trattato, dunque, di un potenziamento delle figure incaricate della facilitazione, con l'obiettivo di renderle massimamente autonome e di favorire la successiva partecipazione ad altri eventi territoriali.
Modalità di valutazione	Test di apprendimento (ECM) Prova pratica Test a risposta aperta (abstract su temi attinenti il corso e il progetto)
Iscritte e iscritti	Numero medio partecipanti per corso: 25
Completer	Numero medio per corso: 25

Valutazione della formazione

La valutazione rappresenta un aspetto centrale della fase di progettazione della formazione.

L'adozione di un modello sistemico di valutazione consente di prendere in esame i vari aspetti che possono concorrere alla riuscita di un progetto formativo, identificando tre momenti in cui si concentra l'attività di valutazione (Di Pucchio, 2023):

- *Valutazione ex-ante*
Si tratta di una fase di pianificazione dell'intervento formativo (con analisi dei fabbisogni formativi, valutazione degli input e definizione degli obiettivi);
- *Valutazione in itinere*
Riguarda la fase di svolgimento della formazione (monitoraggio continuo delle attività formative);
- *Valutazione ex-post*
Riguarda la fase successiva all'erogazione della formazione e prevede la valutazione dei risultati e della ricaduta formativa, con l'adozione di appositi indicatori e strumenti di rilevazione.

Gli strumenti di valutazione tipicamente utilizzati per la formazione sono: test formativi all'inizio e alla fine del corso (pre e post test); test certificativo finale; questionario di gradimento; questionario sulla qualità percepita per eventi ECM; questionario di valutazione della ricaduta formativa.

La valutazione dei risultati della formazione secondo il PBL, rispetto ad altri metodi didattici, presenta alcune specificità. Il PBL promuove lo sviluppo di competenze "trasversali", come quella di lavorare in gruppo e di *problem-solving* nel reale contesto lavorativo, non facilmente rilevabili attraverso le tradizionali forme di verifica delle competenze acquisite, e non sono misurabili attraverso i tradizionali test a risposta multipla (attraverso i quali è possibile determinare solo il livello di conoscenze acquisite).

A questo scopo, va considerato che tutte le attività richieste durante il ciclo PBL (come la proposta di soluzione del problema) possono essere oggetto di valutazione formativa e certificativa. Per esempio, nel caso del corso di formazione per facilitatrici e facilitatori svolto nell'ambito del progetto #IpaziaCCM2021, la soluzione del problema, strutturata in forma di risposte alle domande poste alla fine del problema stesso, è stata utilizzata come prova certificativa ECM.

La valutazione di impatto condotta nel corso del CCM 2014 è risultata di indirizzo nell'espletamento delle fasi successive di sviluppo del modello formativo implementato.

Bibliografia

- Barbina D, Breda J, Mazzaccara A, Di Pucchio A, Arzilli G, Fasano C, Triantafyllou C, Myloneros T, Signorelli C, Stacchini S, Bocci S, Dell' Amura L, Privitera GP, Bertinato L, Azzopardi-Muscat N, Brusaferro S. Competency-based and problem-based learning methodologies: the WHO and ISS European Public Health Leadership Course. *Eur J Public Health*. 2025 Mar 1;35(Supplement_2):ii21-ii28. doi: 10.1093/eurpub/ckae178.
- Barbina D. La FAD per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere. Inserto EDUISS NEWS. *Not Ist Super Sanità*. 2023;36(1):i-iv.
- Barbina D, Riccardo F, Di Pucchio A, Del Manso M, Mammoli M, Croci R, Vittozzi A, Mazzaccara A, Ferrelli R, Brusaferro S. Public Health Workforce training Laboratory: Pilot e-Learning course on

- CBE and PBL models. *Eur J Public Health*. 2022 Oct;32(3):ckac131.091. doi: 10.1093/eurpub/ckac131.091.
- Barbina D, Carbone P, Di Pucchio A, Guerrera D, Mazzaccara A. Metodi attivi e-learning per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere: l'esperienza dell'ISS. *Convegno Violenza di genere: l'impegno dell'ISS nelle azioni di contrasto e prevenzione per l'assistenza alle donne vittime di violenza; 2019 Nov 28; Roma, Italia*. Raccolta abstract. Roma: Istituto Superiore di Sanità. 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epi.piemonte.it/allegati/abstract28novembre2019.pdf>; ultima consultazione 23 marzo 2025.
- 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*. p. 75-83. Disponibile all'indirizzo: https://www.aium.it/pluginfile.php/7385/mod_book/chapter/699/MoodleMootIT2017%20-%20Il%20problem%E2%80%93based%20learning%20in%20salute%20pubblica%20con%20Moodle%20C%20esperienze%20e%20prospettive.pdf ultima consultazione 23 marzo 2025.
- Barbina D, Guerrera D, Mazzaccara A. Studio di efficacia su un percorso e-learning a elevata interattività. In: Accarrino D, Calò A, Canazza S, Dal Bon C, Paulon C (Ed.). *Atti del Convegno MoodleMoot 2014. Università degli studi di Padova, 20-21 giugno 2014*. Padova: Media Touch 2000; 2014. p. 199-200. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.unito.it/retrieve/e27ce427-c206-2581-e053-d805fe0acbaa/attidelconvegnomoodlemoot.pdf>; ultima consultazione 23 marzo 2025.
- Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-based learning: An approach to medical education*. New York City: Springer Publishing Company; 1980.
- Bernstein DA. Does active learning work? A good question, but not the right one. *Scholarsh Teach Learn Psychol*. 2018;4(4):290-307. doi:10.1037/stl0000124.
- Bonciani M, Barbina D, Guerrera D, Mazzaccara A. Problem Based Learning nella formazione a distanza in ambito sanitario. *TD Tecnologie Didattiche*. 2013;21(3):145-152.
- Calabrò GE, Tognetto A, Mazzaccara A, Barbina D, Carbone P, Guerrera D, et al. Capacity Building of Health Professionals on Genetics and Genomics Practice: Evaluation of the Effectiveness of a Distance Learning Training Course for Italian Physicians. *Front Genet*. 2021 Mar 15;12:626685. doi:10.3389/fgene.2021.626685.
- Colucci A, Barbina D, Dalla Torre R, Guerrera D, Mazzaccara A, Luzi AM, Battilomo S. Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso un percorso di formazione blended rivolto agli operatori socio-sanitari del Pronto Soccorso. *Not Ist Super Sanità*. 2016;29(7-8):3-7.
- Colucci A, Barbina D, Carbone P, D'Agostini A, Dalla Torre R, Di Pucchio A, Fanales Belasio E, Favazzi U, Guerrera D, Molinaro F, Regini FM, Schwarz M, Vittozzi A, Mazzaccara A. Formazione delle operatrici e degli operatori per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere. In: 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). p. 31-38.
- 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.
- De Virgilio G. Problem-based Learning un nuovo metodo per la formazione dell'adulto in Sanità. *FOR-Rivista per la Formazione* 2004;61:19-23.
- Dipartimento per le Pari Opportunità. *Piano strategico nazionale sulla 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 23 marzo 2025.

- Di Pucchio A, Caminada S, Gruppo di lavoro G-20 Salute ISS. G20 Salute: un Laboratorio internazionale per la formazione degli operatori sanitari in tema di prevenzione, preparazione e risposta alle crisi sanitarie. *Not Ist Super Sanità*. 2022;35(7-8):3-7.
- Di Pucchio A. *Valutazione della formazione continua in salute pubblica: l'attività e-Learning dell'Istituto Superiore di Sanità. Caso di studio sulla formazione e-Learning per la prevenzione, preparazione e risposta all'emergenza sanitaria COVID-19* [Dottorato di ricerca - Malattie Infettive, Microbiologia e Sanità Pubblica, Curriculum in Scienze della Salute]. Roma: Sapienza Università di Roma; 2023.
- Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Manag Rev*. 1981;70(11):35-6.
- 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.
- Frenk J, Chen LC, Chandran L, Groff EOH, King R, Meleis A, et al. Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2022 Oct 29;400(10362):1539-56. doi:10.1016/S0140-6736(22)02092-X.
- Gruppo di lavoro ISS Formazione COVID-19. *Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità*. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020).
- Guilbert JJ. *Educational handbook for health personnel*. Geneva: World Health Organization; 1977.
- Hmelo-Silver CE, Nagarajan A, Derry SJ. From face-to-face to online participation: tensions in facilitating problem-based learning. In: Savin-Baden M, Wilkie K. (Ed.) *Problem-based learning online*. Milton Keynes (UK): Open University Press; 2006:61-78.
- Istituto Nazionale di Statistica. *Il sistema della protezione per le donne vittime di violenza Anni 2021 e 2022*. Roma: ISTAT; 2022.
- Italia. Legge 29 aprile 2024 n. 56. PNRR. Piano nazionale di ripresa e resilienza. Missione 6, Salute. GU Serie Generale n.100 del 30-04-2024 - Suppl. Ordinario n. 19.
- Mazzaccara A, Kergall T, Bonciani M, Fauci A, Trama A, Scotti L, Guerra R. *Master internazionale di gestione dei servizi sanitari. Problem Based Learning e formazione personalizzata in un modulo didattico ingegnerizzato*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/44).
- Mazzaccara A, Barbina D, Guerrera D. Problem-based learning in distance training for health professionals: a high interactivity model. *Proceedings of the Mediterranean MoodleMoot Conference*; 2013 Oct 2-3; Sousse, Tunisia.
- Mazzaccara A. *Valutazione di metodologie andragogiche, Problem Based Learning e formazione a distanza: livelli di interazione dei corsi E-learning dell'Istituto Superiore di Sanità* [Dottorato di ricerca - Malattie Infettive, Microbiologia e Sanità Pubblica, Curriculum in Scienze della Salute]. Roma: Università degli Studi di Roma La Sapienza; 2015.
- Mazzaccara A, Privitera G, Di Pucchio A, Barbina D, Bertinato L, Mistretta A, Simonelli M, Caminada S, Arzilli G, Brusaferrò S. Need for a competency-based approach for the Public Health Workforce training: the ISS proposal. *Eur J Public Health*. 2022 Oct 25;32(Suppl 3):ckac131.028. doi: 10.1093/eurpub/ckac131.028.
- Michael J. Where's the evidence that active learning works? *Adv Physiol Educ*. 2006 Dec;30(4):159-67. doi: 10.1152/advan.00053.2006.
- Ranieri M. *E-learning: modelli e strategie didattiche*. Trento: Erickson; 2010.
- Schmidt HG, Rotgans JJ, 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.

- Stellacci E, Martinelli S, Carbone P, Demuru E, Genuardi M, Ghiorzo P, Novelli G, Di Pucchio A, Regini FM, Guerrera D, Vittozzi A, Barbina D, Venanzi S, van den Bulcke M, Boccia S, Mazzaccara A, De Nicolo A, De Angelis R. Bridging the educational gaps of health professionals in oncogenomics: results from a pilot e-learning course. *Front Med* (Lausanne). 2024 Nov 21;11:1422163. doi:10.3389/fmed.2024.1422163.
- Walker LE. *The battered woman*. New York, NY: Harper & Row; 1979.
- WHO. *WHO Collaborating Centres Global database*. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?/NP4ledhDm/cjBWJMMHEYQ==>; ultima consultazione 23 marzo 2025.
- WHO. *The world health report: 2006: working together for health*. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/handle/10665/43432>; ultima consultazione 23 marzo 2025.
- WHO. *National workforce capacity to implement the essential public health functions including a focus on emergency preparedness and response: action plan (2022–2024) for aligning WHO and partner contributions*. Geneva: World Health Organization; 2022a. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050402>; ultima consultazione 23 marzo 2025.
- WHO. *Global competency framework for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization; 2022b; Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034686>; ultima consultazione 23 marzo 2025.
- WHO. *National workforce capacity for essential public health functions: operational handbook for country-led contextualization and implementation*. Geneva: World Health Organization; 2024a. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091412>; ultima consultazione 23 marzo 2025.
- WHO. *Defining essential public health functions and services to strengthen national workforce capacity*. Geneva: World Health Organization; 2024b. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091436>; ultima consultazione 23 marzo 2025.
- WHO. *Global competency and outcomes framework for the essential public health functions*. Geneva: World Health Organization; 2024c.
- WHO. *Essential public health functions: a guide to map and measure national workforce capacity*. Geneva: World Health Organization; 2024d.
- WHO/Europe. *Roadmap to professionalizing the public health workforce in the European region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.aspher.org/download/1032/who-euro-2022-4808-44517-63144-eng.pdf>; ultima consultazione 23 marzo 2025.

SECONDA PARTE
Contenuti della formazione

CONTENUTI DELLA PROPOSTA FORMATIVA: INTRODUZIONE ALLA SECONDA PARTE

Anna Colucci, Rosa Dalla Torre

Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Nell'ottica di predisporre percorsi formativi che si strutturino su una rigorosa metodologia dell'apprendimento e su contenuti scientifici* riguardanti alcuni aspetti che caratterizzano il fenomeno della violenza di genere e della violenza assistita da minori.

Pertanto, questa Seconda parte riporta i contenuti di base da tenere in considerazione sia come bagaglio conoscitivo per il personale di salute impegnato nei Servizi sanitari e socio-sanitari del territorio, sia come contenuti specifici da trattare nell'ambito degli obiettivi generali e specifici definiti nei programmi formativi riguardanti la prevenzione e il contrasto della violenza.

Nello specifico, nella Seconda parte sono affrontati i seguenti principali temi:

- dimensione epidemiologica del fenomeno della violenza sulle donne e della violenza assistita da minori, nel nostro Paese;
- aspetti medico legali con la normativa di riferimento;
- strategie comunicativo-relazionali per l'individuazione di donne e di minori che vivono in contesti di violenza, la loro accoglienza e la presa in carico;
- strumenti per rilevare segni, sintomi e indicatori per una corretta individuazione dei casi di violenza e di percorsi specifici per donne e minori, nonché per analizzare i principali effetti della violenza sulla salute psico-fisica-sociale di donne e minori;
- elementi utili per la costruzione e il rafforzamento delle reti territoriali anti-violenza.

Questi molteplici aspetti sono stati analizzati e integrati con focus tematici, che nell'insieme rappresentano un utile bagaglio di conoscenze da veicolare attraverso le metodologie formative descritte nella Parte prima.

Il fine è quello di rispondere alla necessità di attuare interventi formativi capillari, coerenti, strutturati su solide basi metodologiche e integrati con contenuti scientifici, riguardanti i molteplici aspetti della violenza di genere, la violenza assistita da minori.

* I contenuti sono stati elaborati nel corso del 2022, con ultimi aggiornamenti a giugno 2024

FENOMENO DELLA VIOLENZA SU DONNE E MINORI

Anna Colucci (a), Anna D'Agostini (a), Rosa Dalla Torre (a), Chiara Marchetti (b), Claudio Pagliara (b), Alessandra Pifferi (b)

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

(b) *Azienda USL Toscana Sud Est, Arezzo*

Il 2023 ha risentito, anche a seguito del propagarsi degli effetti della Pandemia da COVID-19, del peggioramento di situazioni di violenza già strutturate e dell'innescarsi di nuove condizioni di maltrattamento, abuso e atti aggressivi, prima assenti (Barbara *et al.*, 2022). Oggi sono ancora tangibili le conseguenze dell'isolamento e della restrizione nelle mura domestiche degli anni precedenti laddove la Pandemia da COVID-19 ha determinato per le persone che subiscono violenze un maggiore isolamento dalla famiglia e dagli amici, la difficoltà nell'accesso ai Servizi sanitari e socio-sanitari di protezione e, conseguentemente, una più alta vulnerabilità con minori possibilità di allontanarsi dal maltrattante e l'aumento della frequenza e della gravità delle violenze (UN Women, 2020; EIGE, 2021).

I femminicidi efferati che, hanno caratterizzato il 2023, hanno colpito l'opinione pubblica e hanno aperto un forte dibattito, spesso polarizzante, sulla percezione del patriarcato nella società italiana. Questo esacerbarsi del rischio di subire violenze fisiche, economiche, sessuali e psicologiche, potrebbe aver favorito un aggravamento critico per le donne appartenenti a gruppi di persone che, per differenti e molteplici condizioni socioculturali vivono in realtà di maggiore vulnerabilità, come nel caso di donne immigrate, donne anziane, donne con disabilità (più spesso disabilità multiple), *sex-worker* e persone LGBTQIA+*.

L'ampiezza e diffusione della pandemia ombra (*shadow pandemic*) di violenza contro le donne provocata dal COVID-19, emersa da uno studio di UN Women (UN Women, 2020; ISTAT & Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2021) è apparsa ancora più evidente con il riprendere dei rapporti sociali e la fine dell'isolamento.

In Italia, nel 2023, come si evince dai dati delle telefonate pervenute al Numero Verde di pubblica utilità 1522 del Dipartimento Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si è osservato che la maggior parte delle vittime riporta un lungo vissuto di violenze subite: il 64,5% di esse, infatti, dichiara di aver sopportato per anni, e il 25,5% per mesi la violenza (ISTAT, 2024).

Inoltre, la violenza riportata al 1522 è preminentemente di tipo domestico, quasi la totalità di rispondenti dichiara che il luogo della violenza è la propria casa. Questo spiega l'elevata percentuale dei casi di violenza assistita. Il 63,1% delle vittime che chiamano la *help-line* ha figli: nel 57,5% dei casi questi assistono alla violenza e nel 24,7% sono anche loro a subirla (ISTAT, 2024).

Rimangono ad oggi sempre valide, anche a seguito di tutto quello che ha comportato la pandemia da COVID-19, le indicazioni fornite dalla Convenzione di Istanbul del 2011, che precisa quanto la violenza contro le donne, sotto ogni sua forma: psicologica, fisica, sessuale, economica, come anche quella perpetuata dagli atti persecutori dello *stalking* e dallo stupro, fino al femminicidio è una violazione dei diritti umani ed è una forma di discriminazione contro le

* Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer, Intersessuali, Asessuali Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer, Intersessuali, Asessuali. Il + indica inoltre tutte quelle identità di genere e orientamenti sessuali non eterosessuali e non binarie che non rientrano nelle lettere dell'acronimo.

donne. Infatti, l'art. 3 della Convenzione di Istanbul (Consiglio di Europa, 2011) stabilisce quanto segue:

- “a) con l'espressione “violenza nei confronti delle donne” si intende designare una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata;
- b) l'espressione “violenza domestica” designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima;
- c) con il termine “genere” ci si riferisce a ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una determinata società considera appropriati per donne e uomini;
- d) l'espressione “violenza contro le donne basata sul genere” indica qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato;
- e) per “vittima” si intende qualsiasi persona fisica che subisce gli atti o i comportamenti di cui ai precedenti commi a e b;
- f) con il termine “donne” sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni.”

Inquadramento epidemiologico: la violenza contro le donne

Nel mondo la violenza contro le donne interessa 1 donna su 3. Secondo il Rapporto 2021 del WHO “Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti” (WHO, 2021).

In Italia le indagini svolte dall'ISTAT mostrano che il 31,5% delle donne ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale.

L'indagine condotta dall'ISTAT “Il numero delle vittime e le forme della violenza” del 2014 (successiva a quella del 2006) su tutto il territorio nazionale, con tecnica telefonica, ha rilevato che il 31,5% delle 16-70enni (6 milioni 788 mila) ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale: di queste il 20,2% (4 milioni e 353 mila) ha subito violenza fisica, il 21% (4 milioni 520 mila) violenza sessuale, il 5,4% (1 milione 157 mila) le forme più gravi della violenza sessuale come lo stupro (652 mila) e il tentato stupro (746 mila); e le forme più gravi di violenza sono esercitate da partner o ex partner, parenti o amici (ISTAT 2014).

È possibile definire alcuni fattori di rischio che sembrano caratterizzare le donne che subiscono violenza:

- essere separate o divorziate;
- essere nubili, in età 25-44 anni, con istruzione medio-alta;
- avere problemi di salute e/o disabilità. Tali condizioni possono esporre le donne ad un maggiore rischio di subire violenza (circa il 37% tra le donne con cattiva salute o limitazioni gravi vs 31,5% in media);
- avere avuto aborti e/o gravidanze durante l'adolescenza.

Ancora più grave appare il bilancio relativo agli omicidi che hanno riguardato le donne. Nel 2022 sono stati commessi 322 omicidi (+6,2% rispetto al 2021). In 196 casi le vittime sono uomini e in 126 sono donne (il 39,1% del totale).

Cresce il numero di uomini uccisi da sconosciuti (0,37 per 100mila maschi; 0,27 nel 2021) e di donne uccise da parenti (0,14 per 100mila donne, 0,10 nel 2021).

Nei casi in cui si è scoperto l'autore, il 92,7% delle donne è vittima di un uomo. Il 77,6% delle vittime di omicidio è composto da cittadini italiani, il 22,4% da stranieri.

Secondo l'ISTAT, sulla base delle informazioni disponibili si stima che i femminicidi siano 106, sul totale delle 126 donne uccise e il dato è in linea con quanto rilevato negli ultimi tre anni.

Tra i moventi degli omicidi, il primo posto è occupato da "lite, futili motivi, rancori personali" (45,3%), valore rilevante per le vittime di entrambi i sessi (53,1% per gli uomini e 33,3% per le donne) (ISTAT, 2024).

Viene attribuito a uno stato di follia dell'autore una parte non indifferente degli omicidi (11,2% in totale), con un peso molto più rilevante nel caso di vittime donne (18,3% contro 6,6%), e lo stesso succede quando il motivo è quello passionale (16,7% contro 4,6% per le vittime di sesso maschile). Nel 4,3% dei casi il motivo addotto dall'omicida è quello di voler interrompere una grave malattia della vittima. Questo è avvenuto solo nei confronti di donne, in massima parte di età molto avanzata (in 14 dei 126 omicidi di donne, pari all'11,1% del totale) (ISTAT, 2022).

Nel 2022, sono 14.448 gli accessi delle donne in Pronto Soccorso con indicazione di violenza rispetto al dato registrato nel 2021 pari a 12.780 accessi, con un aumento in termini assoluti del 13% rispetto all'anno precedente. Gli accessi in Pronto Soccorso di donne con indicazione di violenza prima della pandemia da COVID-19 variavano da 14.368 nel 2017 a 15.800 nel 2019. Sono diminuiti a 11.826 nel 2020 e risaliti a 12.780 nel 2021.

La forte diminuzione in valore assoluto degli accessi totali di donne in Pronto Soccorso rispetto all'anno 2019, nell'anno della pandemia, è stata comunque maggiore rispetto a quella degli accessi in Pronto Soccorso con indicazione di violenza. Nel 2022, si sono registrati 4,9 accessi in Pronto Soccorso di donne con indicazione di violenza per 10.000 residenti (Figura 1).

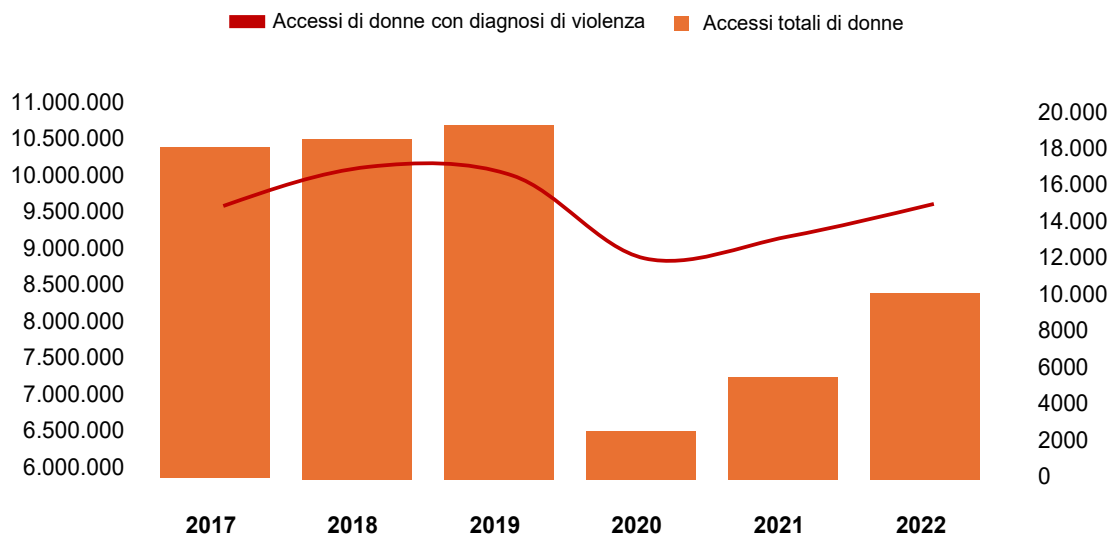


Figura 1. Accessi totali e con diagnosi di violenza di donne in Pronto Soccorso. Anni 2017-2022 (Fonte: ISTAT)

Le giovani donne di 18-34 anni sono state le più colpite (9,7 per 10.000), seguite dalle donne adulte di 35-49 anni (8,1 per 10.000). L'incidenza degli accessi in Pronto Soccorso delle donne straniere è più del doppio rispetto a quella delle donne italiane: 37,3 per 10.000 contro 16,1 nel periodo pandemico 2020-2022 (ISTAT, 2023).

Tale quadro epidemiologico rileva che il fenomeno della violenza contro le donne rappresenta una priorità per la sanità pubblica per diverse ragioni:

1. è un problema di rilevante ampiezza, che colpisce un numero estremamente elevato di donne;
2. è una grave minaccia per la salute della donna direttamente interessata e per i figli e le figlie, se presenti;
3. ha notevoli conseguenze da un punto di vista sanitario.

Bibliografia

- Barbara G, Viero A, Pellizzone I, Buggio L, Facchin F, Cattaneo C, D'Amico ME, Vercellini P, Kustermann A. Intimate Partner Violence in the COVID-19 Era: a health, psychological, forensic and legal perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):4973. doi: 10.3390/ijerph19094973.
- EIGE (European Institute for Gender Equality). *The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. Disponibile all'indirizzo: https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20210224_mhna30566enn_pdf.pdf; ultima consultazione 05/04/2025.
- Europa. Consiglio di Europa. *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul, 11 maggio 2011*. Strasburgo: CoE; 2011 (Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa – N° 210). Disponibile all'indirizzo: <https://rm.coe.int/1680462537>; ultima consultazione 05/05/2025.
- ISTAT, Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri. *L'effetto della Pandemia sulla violenza di genere. Anno 2020-2021*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files/2021/11/EFFETTI_PANDEMIA_-_VIOLENZA_D_GENERE.pdf; ultima consultazione 04/04/2025.
- ISTAT. *Accessi al Pronto Soccorso di donne con indicazione di violenza*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-e-accesso-delle-donne-al-pronto-soccorso/accessi-delle-donne-in-pronto-soccorso/>; ultima consultazione 05/04/2025.
- ISTAT. *Commissione Parlamentare d'inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/files/2024/01/Audizione-Istat-Commissione-Femminicidio-23-gennaio-2024.pdf>; ultima consultazione 05/04/2025.
- ISTAT. *Il numero delle vittime e le forme della violenza*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2014. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/il-numero-delle-vittime-e-le-forme-di-violenza/>; ultima consultazione 05/05/2025.
- ISTAT. *Le vittime di omicidio. Anno 2022*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2023/11/Vittime-di-omicidio-2022.pdf>; ultima consultazione 04/04/2025.
- UN Women. *COVID-19 and ending violence against women and girls*. New York, NY: UN Women; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications>

/2020/Issue-brief-COVID-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf; ultima consultazione 5/04/2025.

WHO. *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 05/04/2025.

VIOLENZA ASSISTITA DA MINORI

Battista Giovanna De Luca (a), Maria Grazia Foschino Barbaro (b), Annalisa Loconsole (c)

(a) *già Prevenzione e Contrasto alla violenza contro le Donne e i Minori, ASL Lecce, Lecce*

(b) *Gruppo di lavoro per il Coordinamento della Rete dei Servizi per il contrasto della Violenza all'Infanzia, Regione Puglia, Bari*

(c) *Associazione Italiana Scuola Psicoterapia Cognitiva, Bari*

Definizione: aspetti generali

La violenza assistita è stata individuata per la prima volta nel 1998 come maltrattamento di tipo primario ai danni dei bambini e delle bambine, al pari della violenza fisica, psicologica, sessuale, e dell'incuria. Viene qui posta specifica attenzione alla definizione della violenza assistita dal minore, alle caratteristiche che la connotano, alle stime utili a circoscrivere un fenomeno, che comunque rimane ancora oggi, sommerso e difficile da quantificare nella sua reale estensione.

Con l'espressione violenza assistita da minore si intende l'esperire da parte della bambina, del bambino o dell'adolescente qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori.

La bambina, il bambino o l'adolescente può farne esperienza direttamente (quando la violenza o l'omicidio avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando la persona minorenni è a conoscenza della violenza o dell'omicidio), nonché percependone gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici.

La violenza assistita include anche l'assistere a violenze di minorenni su altri minorenni nonché su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni degli animali domestici e d'allevamento (CISMAI, 2017).

Per rilevare le condizioni di violenza assistita è indispensabile sia imparare a riconoscere la violenza maschile contro le donne nei suoi aspetti più strutturali e nelle sue dimensioni, sia considerare la protezione dei bambini come inscindibile da quella delle madri.

Il coinvolgimento dei bambini e delle bambine nella violenza domestica può avvenire:

- già durante la gravidanza, periodo in cui in molti casi comincia la violenza tra i partner;
- durante la convivenza dei genitori;
- in fase di separazione e dopo la separazione, periodo in cui i bambini possono essere usati dal padre o dal partner violento come strumento per riproporre i maltrattamenti sulla madre e per continuare a controllarla. In queste circostanze può aumentare il rischio di escalation della violenza tanto da evolvere in tragici eventi letali (omicidio della madre, omicidi plurimi, omicidio-suicidio). I figli, cosiddetti orfani speciali, si trovano in una condizione devastante di traumi multipli in quanto perdono al tempo stesso entrambi i genitori, la madre assassinata dal padre che spesso tenta il suicidio o comunque viene arrestato. (Foschino Barbaro *et al.*, 2023) (vedi Scheda A8 dell'Appendice A).

La violenza assistita, sebbene ad oggi sia una delle forme di maltrattamento più diffuse, rimane, generalmente, in tutte le aree regionali italiane un fenomeno sommerso e sottostimato anche per la diffusione di miti culturali e false credenze, che espongono questi bambini alla

condizione di invisibilità sia per l'assenza di segni visibili della violenza assistita sia per la centralità attribuita alla violenza sulle madri (CRC, 2022).

Descrizione del fenomeno in termini epidemiologici

La seconda indagine nazionale sul maltrattamento infantile – condotta in Italia nel 2018 da Cismai, *Terres des Homme* e Autorità Garante, e che ha coinvolto 186 Comuni distribuiti sul territorio nazionale – indica che 77.493 minorenni sono in carico ai Servizi Sociali per qualche forma di maltrattamento (193 su 1.000) e che la violenza assistita costituisce la seconda forma di violenza (32,4%). Un bambino su 3, fra quelli maltrattati, è testimone di violenza domestica intrafamiliare rispetto alla prima indagine condotta nel 2013, pubblicata nel 2015, che rilevava che 1 bambino su 5 era testimone di violenza domestica intrafamiliare (20,3%). Il significativo incremento dei dati potrebbe essere spiegato come una maggiore capacità dei Servizi di rilevare e prendere in carico i minorenni in questione. L'indagine, inoltre, ha permesso di rispondere ad alcune nuove domande non esplorate nella ricerca precedente, come ad esempio le informazioni sull'autore; al riguardo, infatti, è stato registrato che in oltre il 90% dei casi i minorenni subiscono maltrattamenti e abusi da un familiare (AGIA *et al.*, 2021). Tale dato rispecchia quanto indicato in letteratura sul tema, e cioè che il maltrattamento è una forma di violenza che si riferisce maggiormente alla sfera familiare con consistenti differenze territoriali: la distribuzione dei minorenni seguiti dai Servizi sociali, infatti, non è uniforme. Entrambe le indagini hanno evidenziato le differenze territoriali nella rilevazione e nella risposta al maltrattamento infantile, dato confermato recentemente anche dall'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia del CESVI, che analizza la vulnerabilità al maltrattamento dei bambini nelle singole regioni italiane (CESVI, 2022).

Seguendo la classificazione dei fattori di rischio riguardanti la capacità di cura degli adulti e famiglie potenzialmente maltrattanti sono stati selezionati otto indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi: fecondità giovanile (per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni), età media del padre, famiglie monogenitoriali, persone soddisfatte della propria vita, persone soddisfatte delle relazioni familiari, donne che usano metodi contraccettivi moderni, numero di separazioni e famiglie numerose con più di cinque componenti. L'evoluzione temporale della capacità di cura è sempre molto lenta e si riesce a cogliere attraverso le statistiche con scostamenti molto gradualmente, dal momento che presuppone cambiamenti di abitudini e di comportamenti che spesso maturano nel medio-lungo termine. Per tale motivo alcuni indicatori, nonostante lo *shock* della crisi pandemica, sono rimasti inalterati o hanno manifestato variazioni minime. L'andamento generale di questi indicatori rispetto alla dimensione territoriale conferma per il quarto anno consecutivo il Trentino-Alto Adige come la regione con i fattori di rischio di maltrattamento all'infanzia più bassi per la capacità di cura. A seguire, il Veneto, la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia e la Liguria. Le regioni con maggiore criticità, misurata rispetto alla media nazionale, risultano essere la Puglia, la Sicilia e la Campania.

Rispetto ai risultati della precedente edizione dell'Indice, le regioni con le variazioni più significative sono la Toscana, l'Umbria e il Molise. La Toscana ha guadagnato 3 posizioni grazie ai significativi progressi registrati nel quoziente specifico di fecondità per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni, l'Umbria ha invece perso 3 posizioni a causa del peggioramento dei due indicatori di soddisfazione, per la propria vita e per la propria famiglia. Il Molise è sceso anch'esso, di 4 posizioni, a causa dell'aumento dell'indicatore sulle gravidanze precoci e di quello sulle separazioni (Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza, 2022). I dati qui riportati in realtà rappresentano solo una stima del fenomeno in questione. La situazione sembra ben più grave poiché non tiene conto dell'elevato numero di casi che si

verificano nel segreto delle famiglie e che non vengono denunciati per paura e vergogna da parte delle vittime.

I dati, quindi, registrano la presenza di violenza in famiglia, ma esistono ancora diversi meccanismi di minimizzazione verso questo fenomeno, difficile da identificare, definire e far emergere.

Un ulteriore ampliamento ed approfondimento è stato effettuato nell'ambito della *III Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*, che ha consentito un'accurata rappresentazione statistica dell'intera popolazione minorile italiana, attraverso metodologie di raccolta dati allineate a quelle adottate dai Paesi con più avanzati, al fine di attivare efficaci azioni di contrasto al maltrattamento e alla violenza nei confronti di minori (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – Cismai – Fondazione Terre des Hommes, 2025).

Bibliografia

- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – Cismai – Fondazione Terre des Hommes. *III Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*. Italia: 2025 Disponibile all'indirizzo: <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2025-06/iii-indagine-maltrattamento.pdf>; ultima consultazione 30/09/2025.
- AGIA, Cismai, Terre des Hommes. *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia – Fondazione Terre des Hommes; 2021 Disponibile all'indirizzo: <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>; ultima consultazione 05/04/2025.
- CESVI. *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia 2022*. Firenze: Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza e Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.minori.gov.it/it/node/8093>; ultima consultazione 05/04/2025.
- Cismai. *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*. Torino: Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia; 2017. Disponibile all'indirizzo: https://cismai.it/assets/uploads/2017/05/Opuscolo_ViolenzaAssistita_Bassa.pdf; ultima consultazione 05/04/2025.
- CRC (Child Rights Connect - Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza). *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia - I dati regione per regione, 12° Rapporto CRC*. Gruppo CRC; 2022. Disponibile all'indirizzo <https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2022/07/CRC-2022-12rapporto.pdf>; ultima consultazione 05/04/2025.
- End Violence Against Children. *Violence and Covid-19: resources and information*. End Violence Against Children; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.end-violence.org/articles/violence-covid-19-resources-and-information>; ultima consultazione 05/04/2025.
- Foschino Barbaro MG, Goffredo M, Sgaramella A, Costantini A. Ricomporre un mondo in frantumi: capire e curare i traumi dei minorenni orfani di femminicidio. *Cognitivismo Clinico* 2023;20(2).

ASPETTI MEDICO LEGALI E NORMATIVA DI RIFERIMENTO SULLA VIOLENZA DI GENERE E SUI MALTRATTAMENTI A MINORI

Matteo Schwarz

Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

In questo capitolo viene fornito un quadro dei principali strumenti normativi che consentono alle operatrici e agli operatori dei Servizi sanitari e socio-sanitari territoriali di intervenire a sostegno delle vittime, in tutte le situazioni caratterizzate da violenza di genere, sui minori e di quella agita nell'ambito dei rapporti affettivi e familiari.

Dal punto di vista normativo vi è una pluralità di fonti che possono essere tra loro distinte a seconda che si riferiscano a provvedimenti di istituzioni sovranazionali, nazionali e regionali.

Una particolare attenzione è dedicata agli obblighi di denuncia e di referto da parte del personale di salute – pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio.

Leggi e decreti

La Legge 15 ottobre 2013, n.119 ha convertito, con modifiche, il Decreto-legge 93/2013, introducendo diverse innovazioni al Codice Penale (di seguito c.p.) in materia di maltrattamenti in famiglia e atti persecutori, oltre a diverse modifiche in materia di processo penale.

Una modifica rilevante e di portata generale, introdotta dalla Legge 119/2013, è quella impressa dalla nuova aggravante prevista al numero 11-quinquies dell'art. 61 del c.p.

L'intenzione del legislatore è di aggravare il trattamento sanzionatorio in occasione dei delitti non colposi contro la vita e l'incolumità individuale (art. 575 ss.), contro la libertà personale (art. 605 ss.) nonché per il delitto di maltrattamenti in famiglia (art. 572), in particolare quando il fatto è commesso “in presenza o in danno di un minore di anni diciotto ovvero in danno di persona in stato di gravidanza”.

Assume quindi una rilevanza giuridica autonoma la “violenza assistita”, da intendersi come “il complesso di ricadute di tipo comportamentale, psicologico, fisico, sociale e cognitivo, nel breve e lungo termine, sui minori costretti ad assistere ad episodi di violenza”.

La Legge di conversione – nel chiaro intento di fornire delle risposte incisive ai numerosi fenomeni di violenza domestica – è intervenuta anche sull'aggravante di cui al primo comma, n. 5 dell'art. 609 ter c.p., in particolare, innalzando da sedici a diciotto anni l'età della vittima di violenza sessuale commessa dall'ascendente, dal genitore o dal tutore a cui si applica l'aggravante.

Inoltre, ha confermato le nuove ipotesi aggravate “nei confronti di donna in stato di gravidanza” (5-ter) e “nei confronti di persona della quale il colpevole sia il coniuge, anche separato o divorziato, ovvero colui che alla stessa persona è o è stato legato da relazione affettiva, anche senza convivenza” (5-quater). La medesima legge ha esteso l'obbligo di comunicazione – da parte del Procuratore della Repubblica – al Tribunale per i minorenni, nelle ipotesi in cui si proceda per i reati di maltrattamenti in famiglia o di atti persecutori commessi in danno di minori o da uno dei genitori di un minorenne ai danni dell'altro genitore (609 decies).

Di particolare rilevanza pratica sono le modifiche apportate all'art. 612 bis del c.p.e, che ne hanno parzialmente ridisegnato l'ambito applicativo, sia sotto il profilo sanzionatorio (cioè, della pena), sia sotto il profilo processuale. Il secondo comma dell'articolo viene sostituito, prevedendo un aggravamento di pena se il fatto è commesso "dal coniuge, anche separato o divorziato, o da persona che è o è stata legata da relazione alla persona offesa ovvero se il fatto è commesso attraverso strumenti informatici o telematici". La legge di conversione ha così recepito le osservazioni critiche che sono state avanzate nei confronti della nuova fattispecie degli "atti persecutori" (c.d. *stalking*).

Più di recente, la Legge 19 luglio 2019, n. 69 intitolata "Modifiche al Codice Penale, al Codice di Procedura Penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere", pubblicata sulla *Gazzetta ufficiale* del 25 luglio 2019 e applicata a partire dal 9 agosto 2019, ha parzialmente riformato la disciplina della violenza nei confronti delle donne e dei maltrattamenti in famiglia.

Qui di seguito faremo una breve analisi delle più importanti misure e modifiche introdotte dal provvedimento.

La nuova Legge, denominata "Codice Rosso", accelera l'iter dei procedimenti che riguardano i casi di violenza, a partire dalla denuncia, che ha una corsia preferenziale. Le indagini sono velocizzate: ad esempio la Polizia giudiziaria è tenuta a comunicare le notizie di reato immediatamente anche in forma orale al Pubblico Ministero, il quale è obbligato a sentire le presunte vittime entro tre giorni. Questo per evitare che reati come maltrattamenti, violenza sessuale, *stalking* e lesioni aggravate commessi in contesti familiari o di convivenza si reiterino senza interventi tempestivi delle Autorità.

Si amplia inoltre l'arco temporale, da 6 a 12 mesi, nel quale una donna può denunciare la violenza. A tale riguardo, si fa presente che con la Legge 8 settembre 2023 n. 122 sono state apportate alcune modifiche al Codice Rosso relativamente alla procedura da seguire nei procedimenti per delitti di violenza domestica e di genere stabilita dal codice stesso. La nuova legge prevede, in particolare, l'obbligo per il Pubblico Ministero di assumere informazioni dalla persona offesa o da chi ha denunciato i fatti di reato entro tre giorni dall'iscrizione della notizia di reato.

Nel dettaglio, la novità in questione prevede che, qualora il singolo Magistrato designato per le indagini preliminari non abbia rispettato il suddetto termine, il Procuratore della Repubblica possa revocargli l'assegnazione del procedimento e provvedere ad assumere, senza ritardo, le informazioni che sono state omesse, direttamente o mediante assegnazione del procedimento ad un altro Magistrato dell'ufficio (salvo che ricorrano le imprescindibili esigenze di tutela dei minori o di riservatezza delle indagini).

Una delle novità più rilevanti è il braccialetto elettronico, che devono indossare i soggetti che ricevono un ordine di allontanamento e divieto di avvicinamento. Per chi viola la disposizione, la misura cautelare si aggrava e la persona in questione rischia una pena detentiva fino a due anni.

In caso di maltrattamento sono estese le norme del codice antimafia che prevedono anche la sorveglianza speciale e l'obbligo di dimora in un altro comune per la persona violenta. Sono previste pene più severe per i reati che avvengono in contesti familiari: la reclusione da due a sei anni prevista dal c.p. all'art. 572 sale da tre a sette anni, aumentata fino alla metà se la violenza è avvenuta in presenza o a danno di persona minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità, oppure se il fatto è commesso con armi.

Con il Codice Rosso le pene per violenza sessuale salgono a 6-12 anni e, se la violenza è di gruppo, fino a 14 anni di carcere. In caso di vittime minori la pena massima è di 24 anni di reclusione. Inoltre, per gli atti sessuali con minorenni la procedibilità è sempre d'ufficio; quindi, non è più necessaria la presentazione della denuncia-querela dei genitori.

Aumentano le pene per il reato di *stalking*: anziché “da sei mesi a cinque anni di carcere” salgono a “da uno a sei anni e sei mesi”.

La nuova Legge introduce anche un reato contro chi sfregia una donna, punibile con la reclusione da 8 a 14 anni (ergastolo se causa la morte).

È poi punibile fino a 5 anni (6 se ad essere coinvolto è un minore) chi induce un altro a sposarsi (anche con unione civile) usando violenza, minacce o approfittando di un’inferiorità psico-fisica o per precetti religiosi.

Un’altra norma lungamente attesa è quella contro il cosiddetto *revenge porn*, che punisce chiunque invii, consegni, ceda, pubblichi o diffonda foto o video a contenuto sessualmente esplicito di una persona senza il suo consenso: sono previsti da 1 a 6 anni di carcere e multe dai cinquemila a quindicimila euro. Aggravanti sono previste per l’ex partner che agisca per mezzo dei *social network*. Si sottolinea, inoltre, che, in caso di condanna per reati sessuali, la sospensione condizionale della pena viene subordinata alla partecipazione del reo a percorsi di recupero *ad hoc* presso enti o associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero di soggetti condannati per reati sessuali.

Con la Legge 27 settembre 2021 n. 134 si è infatti conferita una delega al Governo ad adottare, nel termine di un anno dalla data di entrata in vigore della Legge stessa, dei decreti finalizzati a migliorare l’efficienza del processo penale nonché in materia di giustizia riparativa e disposizioni per la celere definizione dei procedimenti giudiziari.

Il 9 dicembre 2023 è entrata in vigore la Legge 24 novembre 2023, n. 168, recante “Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica” (*Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 275 del 24 novembre 2023).

L’obiettivo perseguito dalla nuova legge è, da un lato, quello di rendere più efficace la protezione preventiva, rafforzando le misure contro la reiterazione dei reati e inasprendo le pene nei confronti dei recidivi; dall’altro, di ampliare più in generale la tutela delle vittime di violenza. Un’attenzione particolare è prestata alla prevenzione della violenza sulle donne, soprattutto rispetto alla commissione dei cosiddetti “reati spia”, ovvero di quei delitti che rappresentano degli indicatori di una violenza di genere, per evitare che possano degenerare in comportamenti più gravi.

Tra gli interventi di maggior rilievo, troviamo il rafforzamento della misura di prevenzione dell’ammonizione del questore e di informazione alle vittime di violenza; l’applicazione delle misure di prevenzione della sorveglianza speciale e dell’obbligo di soggiorno nel Comune di residenza o di dimora, anche agli indiziati di reati legati alla violenza contro le donne e alla violenza domestica; l’introduzione di norme finalizzate a velocizzare i processi in materia di violenza di genere e domestica, l’applicazione di misura cautelare personale e la possibilità di disporre l’applicabilità del controllo tramite il cosiddetto braccialetto elettronico. Sono infine previste iniziative formative in materia di contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica indirizzate al personale di salute che, a diverso titolo, entra in contatto con le donne vittime di violenza, nonché l’introduzione di una provvisionale, ovvero una somma di denaro liquidata preventivamente a titolo di ristoro anticipato in favore delle vittime di violenza a carico del coniuge, anche separato o divorziato, o della persona che è o è stata legata da relazione affettiva alla persona offesa.

Referto e denuncia di reato

Gli obblighi di referto, come da art. 334 del Codice di procedura penale e art. 365 del c.p. e di denuncia (artt. 361 e 362 c.p.) sono obblighi di informazione all’Autorità competente a carico dell’esercente la professione sanitaria qualora venga a conoscenza di un fatto illecito qualificabile

come reato procedibile d'ufficio. La loro omissione o grave incompletezza è penalmente sanzionata dall'ordinamento penale.

A tali obblighi sono tenuti, nel caso di referto (art. 365 c.p.) gli esercenti la professione sanitaria e nel caso di denuncia (artt. 361 e 362 c.p.) gli esercenti la professione sanitaria che rivestono la qualifica di pubblico ufficiale (art 357 c.p.) o di incaricato di un pubblico servizio (art. 358 c.p.).

È necessario precisare che l'obbligo di referto e l'obbligo di denuncia sono entrambe giuste cause di rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p. - art. 10 Codice di deontologia medica), essendo obblighi espressamente imposti dal legislatore. Qui di seguito si riporta il riquadro n.1 esplicativo delle differenze tra i due obblighi (Tabella 1).

Tabella 1. Elementi di differenza tra l'obbligo di referto e l'obbligo di denuncia

Ambito	Obbligo di referto	Obbligo di denuncia
Soggetti titolari	Esercenti la professione sanitaria	Pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (sanitari che rivestano dette funzioni)
Reati coinvolti	Solo i delitti perseguibili d'ufficio	Tutti i reati perseguibili d'ufficio (sia i delitti che le contravvenzioni)
Condizioni di applicabilità	Trasmissione alle autorità in caso di sospetto di reato	Apprezzabile probabilità dell'effettiva concretizzazione di un reato
Esimenti*	Esimente speciale della esposizione a procedimento penale della persona assistita	Soggetto solo all'esimente di cui all'art. 384 del c.p.
Tempi di trasmissione	Entro 48 ore	"Senza ritardo"

*Particolari situazioni in presenza delle quali, un fatto che altrimenti sarebbe reato, non acquista tale carattere perché la legge così prevede o consente.

Da quanto sopra esposto, i professionisti sanitari che ricoprono la veste di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio nell'espletamento delle proprie funzioni sono tenuti all'obbligo di denuncia e non a quello di referto. Pertanto, nella Tabella 2 vengono sintetizzate le caratteristiche dei due obblighi.

Tabella 2. Caratteristiche dei due obblighi

Ambito	Obbligo di referto	Obbligo di denuncia
Tipologia di reato	Per reati che costituiscono delitto	Per tutti i reati di cui si è venuti a conoscenza
Professionista	Medico pubblico Medico privato	Pubblici ufficiali Incaricati di pubblico servizio
Modalità applicative	Non sussiste quando il referto potrebbe esporre la persona assistita a procedimento penale	Sussiste l'obbligo di collaborazione con l'Autorità giudiziaria

Per una maggiore chiarezza di seguito vengono definiti alcuni esempi di pubblici ufficiali e di incarico di pubblico servizio:

- Sono incaricati di un pubblico servizio (art 358 c.p.) i professionisti sanitari dipendenti o che operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
- Sono pubblici ufficiali i medici dipendenti o che operano in regime di convenzione con l'SSN quando esplicano un'attività certificativa o autoritativa o comunque quando esercitano un ruolo apicale (es. il primario o il direttore sanitario).
- I medici di medicina generale, che assistono i pazienti in regime di convenzione con l'SSN, sono incaricati di un pubblico servizio, ma quando formulano richieste di esami od impegnative che prescrivono medicinali assumono la veste di pubblico ufficiale.

Fonti normative

La Tabella n. 3 riporta i provvedimenti delle Istituzioni internazionali, le Direttive dell'Unione Europea, e la normativa italiana

Tabella 3. Provvedimenti delle Istituzioni internazionali, Direttive dell'Unione Europea, normativa italiana

Ente emanante	Provvedimento emanato
Istituzioni internazionali	1979 CEDAW (Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne)
	1985 Conferenza mondiale dell'ONU sulle donne di Nairobi
	1993 Conferenza delle Nazioni Unite sui diritti umani di Vienna
	1994 IV Conferenza mondiale sulle donne-Pechino
	1995 WHO Prevenzione della violenza: una priorità della sanità pubblica
	1998 ONU Prevenzione del crimine e misure di giustizia penale per eliminare la violenza contro le donne
	2007 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuali (Convenzione di Lanzarote)
	2011 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)
Unione Europea (UE)	2011 Direttiva 2011/99/UE sugli ordini di protezione
	2011 Direttiva 2011/92 sull'abuso sessuale su minori
	<i>Nota bene</i> La Commissione Europea ha proposto norme miranti a combattere la violenza contro le donne e la violenza domestica a livello dell'UE. La direttiva proposta e non ancora approvata renderà penalmente perseguibili lo stupro come atto basato sulla mancanza di consenso, le mutilazioni genitali femminili e la violenza online e, in particolare, la condivisione non consensuale di immagini intime, lo <i>stalking</i> online, le molestie online e l'incitamento alla violenza o all'odio online. Le nuove norme, inoltre, rafforzano l'accesso delle vittime alla giustizia e sollecitano gli Stati membri ad instaurare un sistema di sportello unico, con servizi di assistenza e protezione ubicati tutti nello stesso luogo. Le vittime dovrebbero poter chiedere un risarcimento nel corso del procedimento penale. La proposta invita inoltre a predisporre un'assistenza specialistica e una protezione adeguata, ad esempio istituendo linee gratuite di assistenza telefonica e creando centri antistupro. Prevede infine un'assistenza mirata per i gruppi con esigenze specifiche o a rischio, comprese le donne che fuggono dai conflitti armati.

segue

continua

Ente emanante	Provvedimento emanato
Repubblica italiana (Fonti normative italiane)	<i>Codice Penale:</i> - art. 165 c.p. (Sospensione condizionale della pena) - art. 387-bis c.p. (Violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa) - art. 558-bis c.p. (Costrizione o induzione al matrimonio) - art. 583-quinquies c.p. (Deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso) - art. 609-bis c.p. (Violenza sessuale) - art. 609-ter c.p. (Circostanze aggravanti) - art. 609-quater c.p. (Atti sessuali con minorenne) - art. 609-quinquies c.p. (Corruzione di minorenne) - art. 609-sexies c.p. (Ignoranza dell'età della persona offesa) - art. 609-septies c.p. (Querela di parte) - art. 609-octies c.p. (Violenza sessuale di gruppo) - art. 609-nonies c.p. (Pene accessorie e altri effetti penali) - art. 609-decies c.p. (Comunicazione al tribunale per i minorenni) - art. 612-bis c.p. (Atti persecutori) - art. 612-ter c.p. (Diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti) 1996 Legge 66/1996, "Norme contro la violenza sessuale" 2001 Legge 154/2001, "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari" 2009 Decreto-legge 11/2009, "Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori". Convertito in legge dalla Legge 38/2009 2010 "Piano nazionale contro la violenza di genere e lo <i>stalking</i>" 2013 Legge 77/2013, 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, sottoscritta a Istanbul l'11 maggio 2011 2013 Decreto-legge 93/2013, convertito con modificazioni dalla Legge 119/2013 "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" 2013 Protocollo ANCI - D.i.Re di collaborazione per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere 2016 Codice di deontologia medica – FNOMCeO -Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri 2019 Legge 69/2019 "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere" 2021 Legge 134/2021 "Delega al Governo per l'efficienza del processo penale nonché in materia di giustizia riparativa e disposizioni per la celere definizione dei procedimenti giudiziari" 2023 Legge 122/2023 "Modifiche al decreto legislativo 20 febbraio 2006, n. 106, concernenti i poteri del procuratore della Repubblica nei casi di violazione dell'art. 362, comma 1-ter, del codice di procedura penale, in materia di assunzione di informazioni dalle vittime di violenza domestica e di genere".
	Consultare l'elenco delle fonti ai seguenti indirizzi: https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-contesto/normativa-italiana https://www.osservatoriosullefonti.it/archivi/archivio-rubriche/archivio-rubriche-2018/434-fonti-delle-regioni-ordinarie/2210-osf-1-2018-regioniordinarie

Nella Tabella 4 vengono sintetizzati il titolo di reato, la perseguibilità ordinaria e le eccezioni.

Tabella 4. Titolo di reato, perseguibilità ordinaria, eccezioni

Titolo di reato	Perseguibilità ordinaria	Eccezioni
Violenza sessuale (609-bis)	Querela della persona offesa	Perseguibilità d'ufficio se: - il fatto è commesso dal genitore, anche adottivo, o dal tutore anche per vittima maggiorenne - il fatto è commesso da un pubblico ufficiale - la vittima ha meno di 18 anni - il delitto è connesso con altro delitto perseguibile d'ufficio*
Atti sessuali con minorenne (609-quater)	Querela della persona offesa	Perseguibilità d'ufficio se: - il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza; - il delitto è connesso con altro delitto perseguibile d'ufficio* - età della vittima <10 anni
Corruzione di minorenne (609-quinquies)	Perseguibilità d'ufficio	
Violenza sessuale di gruppo (609-octies)	Perseguibilità d'ufficio	
Atti persecutori (612-bis)	Querela della persona offesa (sei mesi), remissione solo processuale	<i>Querela irrevocabile:</i> - se il fatto è stato commesso mediante minacce reiterate dal coniuge, anche separato o divorziato, o da persona che è o è stata legata da relazione affettiva alla persona offesa ovvero se il fatto è commesso attraverso strumenti informatici o telematici Perseguibilità d'ufficio se: - vittima minore (<18 anni) o affetta da disabilità di cui all'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, oppure quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio

* 576 c.p., n 5: "in occasione della commissione di taluno dei delitti previsti dagli articoli 572, 600-bis, 600-ter, 609-bis, 609-quater e 609-octies". Richiamato dall'art. 585 che disciplina l'aggravamento delle lesioni personali (582 c.p.). In altri termini, la lesione personale provocata "in occasione della commissione" di violenza sessuale (609 bis c.p.), violenza sessuale di gruppo (609-octies), maltrattamenti contro familiari e conviventi (572 c.p.), prostituzione minorile (600-bis c.p.), pornografia minorile (600-ter c.p.) è aggravata e, quindi, perseguibile d'ufficio.

STRATEGIE COMUNICATIVO-RELAZIONALI NELL'AMBITO DELLA VIOLENZA DI GENERE

Anna Colucci (a), Anna Maria Luzi (b)

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

(b) già Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'accoglienza e la presa in carico della persona che subisce violenza presuppongono da parte del personale di area sanitaria e socio-socio-sanitaria il possesso di conoscenze e competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali specifiche, che nel loro insieme costituiscono un Modello Operativo comunicativo-relazionale (MO), già applicato in altri contesti di salute (Luzi *et al.*, 2019; Luzi *et al.*, 2023).

Il MO è utile per rispondere sia alla specificità di ogni singola situazione, di ogni storia caratterizzata da violenza, sia alla singola persona, al contesto socioculturale di appartenenza, alla peculiarità della situazione di violenza subita (fisica, psicologica, economica, sessuale, violenza assistita nel caso di minori, ecc.).

In tal modo la vittima non viene considerata come un caso, ma come una persona da ascoltare, alla quale restituire autonomia, consapevolezza, capacità decisionale e responsabilità. La donna che subisce una violenza, infatti, se accolta, ascoltata, aiutata e supportata, è in grado di individuare risorse utili a fronteggiare le situazioni critiche, decidere per sé, per la propria salute (*empowerment*) e tutelare i figli e le figlie, laddove, direttamente o indirettamente, vi sia un loro coinvolgimento. La necessità di utilizzare procedure comunicativo-relazionali uniformi e replicabili assume carattere di priorità nei contesti sanitari e socio-sanitari territoriali, dove risulta indispensabile fornire risposte puntuali e tempestive a complesse problematiche di salute, talvolta fortemente stigmatizzanti, come nell'identificazione di un caso di violenza.

Fasi del modello operativo comunicativo-relazionale

Il MO si articola in tre fasi per ciascuna delle quali sono individuate le azioni prioritarie:

1. Accoglienza

- preparare il *setting* interno (autoconsapevolezza di chi opera) ed esterno (attenzione all'ambiente fisico che garantisca per quanto possibile *privacy*, coinvolgimento dell'équipe, considerazione di norme e regolamenti, eventuale proposta della presenza di un mediatore linguistico-culturale nel caso la persona non sia italiana);
- accogliere e ascoltare attivamente, in modo empatico, ponendo attenzione alla dimensione verbale, paraverbale e non verbale di sé e dell'altra persona (comprensione e accettazione dell'altro senza confondersi con l'altro);
- identificare il reale problema e far emergere la situazione di violenza;
- fornire supporto emotivo;
- erogare informazioni chiare su quali Reti siano presenti sul territorio e quali siano i Servizi (pubblici e non governativi) che possono essere attivati nell'immediato o successivamente.

2. *Affrontare il problema, condividere un obiettivo, concordare piani di azione*

- focalizzare il problema;
- illustrare alla donna la possibile attivazione di percorsi per fronteggiare il problema;
- individuare e condividere un obiettivo in quel momento raggiungibile per la salvaguardia della persona;
- concordare differenti piani d'azione, a breve e a medio termine, che la donna vittima di violenza possa prendere in considerazione, come possibili soluzioni;
- considerare le eventuali implicazioni medico-legali;
- offrire il consenso informato (in modo che la persona comprenda ed eventualmente, firmi), chiedendo l'autorizzazione della donna per l'avvio di qualsiasi tipo di intervento;
- proporre, nel caso di violenza sessuale, gli accertamenti diagnostici e le misure di profilassi, spiegando a cosa servono gli esami indicati e i possibili sviluppi.

3. *Invio mirato ai Servizi territoriali competenti*

- coinvolgere la donna nel processo decisionale per far sì che questa aderisca consapevolmente al percorso, assumendo un ruolo attivo nel farsi carico della propria salute psico-fisica, restituendole consapevolezza, responsabilità e capacità decisionale;
- attivare la Rete territoriale comprensiva dei diversi Servizi coinvolti per un invio mirato e personalizzato;
- riassumere ciò che è stato concordato e verificare che la donna abbia compreso;
- rendersi disponibili per ulteriori appuntamenti (telefonici e/o *vis à vis*);
- salutare adeguatamente (non interrompere in modo brusco o frettoloso il colloquio).

In caso di violenza sessuale è fondamentale porre maggiore attenzione ad alcuni aspetti, quali:

- fornire chiarimenti sull'accertamento diagnostico e sulle necessarie misure di profilassi, in particolare per quanto riguarda le infezioni sessualmente trasmesse;
- comprendere cosa la persona sappia delle diverse possibili infezioni sessualmente trasmesse;
- preparare la persona al risultato degli accertamenti diagnostici;
- chiarire i motivi e le procedure degli accertamenti medico-legali;
- proporre il consenso informato (in modo che la persona comprenda ed eventualmente firmi) e chiedere l'autorizzazione per l'avvio di qualsiasi tipo di intervento;
- fornire indicazioni precise in merito al ritiro del risultato degli esami diagnostici (orari, modalità, ecc.);
- fornire supporto emotivo a breve, medio e lungo termine;
- lavorare in équipe attraverso il coinvolgimento continuo delle diverse figure professionali impegnate nella gestione dell'intero processo;
- lavorare in Rete con i Servizi di area sanitaria e socio-sanitaria, presenti sul territorio e laddove necessario con le Forze dell'Ordine e con i rappresentanti delle Procure.

L'applicazione sistematica del MO richiede un lavoro di équipe attraverso il coinvolgimento continuo delle diverse figure professionali interessate, l'individuazione della Rete familiare, amicale, istituzionale, un approccio multisettoriale e multidisciplinare con il coinvolgimento di tutto il personale di salute. Inoltre, il MO può rappresentare per chi opera l'opportunità di porre attenzione a sé stessa o sé stesso attraverso un processo di auto-osservazione per la verifica del proprio operato. In quest'ottica, quindi, il focus è sia sulla persona che ha subito una violenza con

la sua soggettiva percezione di quanto accaduto, sia sulla persona professionista, che interviene secondo canoni biomedici, psicologici e legali.

L'utilizzo del MO chiama in causa alcuni aspetti basilari, riguardanti la complessità del processo comunicativo e la specificità della relazione professionale.

Processo comunicativo

La comunicazione è un processo complesso di scambio di informazioni, conoscenze, bisogni, atteggiamenti, emozioni, vissuti e influenze reciproche che avvengono tra diversi soggetti coinvolti in un determinato contesto spazio-temporale, all'interno del quale viene condiviso un determinato significato secondo la cultura di riferimento.

Gli esseri umani interagiscono attraverso il canale verbale, paraverbale e non verbale, che non solo coesistono, ma sono reciprocamente complementari in ogni scambio comunicativo e consentono di trasmettere contenuti (la cosa) e, al contempo, di attribuire allo scambio comunicativo, attraverso il canale paraverbale e quello non verbale, un significato determinato dal tipo di relazione esistente tra i partecipanti (il come). Attraverso il canale paraverbale e non verbale vengono trasmesse le emozioni, gli stati d'animo, i sentimenti, ma anche il tipo di rapporto esistente tra i partecipanti allo scambio comunicativo (Watslawick *et al.*, 1976).

Possiamo distinguere la comunicazione in:

- *comunicazione verbale*: fa riferimento ai contenuti, alle parole, ai termini tecnici nonché specialistici, il cui utilizzo dovrebbe essere sempre fortemente limitato all'interno della relazione tra professionista socio-sanitario e persona vittima di violenza;
- *comunicazione paraverbale*: si riferisce all'inflessione della voce, al tono, al timbro, al ritmo, alla cadenza delle parole, alle pause, al silenzio, al pianto;
- *comunicazione non verbale*: include il movimento (cinesia) e la posizione del corpo nello spazio (prossemica), i gesti, l'espressione del viso e ogni altra manifestazione non verbale, come pure i segni di comunicazione che inevitabilmente sono presenti nel contesto in cui ha luogo il processo comunicativo. Per contesto si intende l'insieme delle circostanze in mezzo alle quali si svolge un comportamento. Bisogna intendere con tale espressione l'ambiente fisico e sociale dove quest'atto ha luogo, l'immagine che ne hanno i partecipanti, l'identità di questi, l'idea che ciascuno si fa dell'altro (ivi compresa la rappresentazione che ciascuno possiede di ciò che l'altro pensa di lui), gli avvenimenti che hanno preceduto il comportamento (soprattutto le relazioni che hanno avuto in precedenza i partecipanti) e più ancora gli scambi comunicativi entro i quali si inserisce il comportamento in questione (Ducrot & Teodorov, 1972). Sono significativi elementi di contesto: indossare il camice, porsi davanti o dietro la scrivania, prendere appunti mentre la persona riporta l'accaduto, scrivere al computer ecc.; elementi questi che potrebbero sembrare secondari nella relazione professionale, ma che di fatto nella quotidiana pratica rappresentano chiavi di lettura indispensabili per comunicare con la donna che abbia subito una violenza.

Specificità della relazione professionale

L'obiettivo di chi opera è di instaurare una relazione professionale, al fine di facilitare la donna nell'affrontare e nel superare la situazione che l'ha portata a richiedere l'intervento professionale.

Ne consegue che chi presta il servizio deve essere in grado di comprendere il problema nei termini in cui si pone per quella persona, in quello specifico momento, creando le condizioni favorevoli per aiutarla ad affrontare la situazione.

Nella relazione professionale si interfacciano da un lato il professionista con conoscenze e competenze sia sul piano tecnico-scientifico, sia su quello comunicativo-relazionale, il quale entra nella relazione non solo per il suo ruolo e le sue competenze, ma globalmente con la sua dimensione personale, e con i suoi valori e modelli culturali. Dall'altro lato, vi è una persona che va considerata anch'essa globalmente come portatrice di bisogni, richieste, problematiche che possono assumere un profilo diverso in rapporto ai vissuti presenti e passati, al contesto familiare e sociale di appartenenza, al proprio sistema di valori in merito a cosa possa essere accettabile e cosa no, al più ampio quadro culturale di provenienza come nel caso delle persone immigrate, alla peculiarità di alcune situazioni come quelle segnate da disabilità multiple.

È, infine, necessario che il personale sanitario e socio-sanitario possa interagire con la donna su più piani, comprensivi della dimensione:

- *affettiva* (sentimenti ed emozioni);
- *cognitiva* (modalità di acquisire conoscenze, affrontare i problemi, attuare soluzioni al momento accettabili e soddisfacenti);
- *comportamentale* (azioni e significati ad esse attribuite), tenendo conto del sistema familiare e sociale di appartenenza, quali ad esempio la presenza/assenza di una rete amicale di riferimento, la presenza o assenza di figli, gli assunti culturali relativi alla percezione del comportamento violento nell'interazione dei diversi ruoli.

In sintesi, laddove arrivi al Servizio una persona che mostri esplicitamente o implicitamente di aver subito una violenza, il personale di salute può avvalersi di alcuni elementi per favorire l'instaurarsi di una relazione professionale (Tabella 1).

Tabella 1. Relazione professionale con la persona che ha subito violenze: indicazioni operative

Azione	Indicazione
Ascoltare	Ascoltare senza esprimere giudizi, in un clima di accettazione, ponendo attenzione agli elementi della comunicazione verbale, paraverbale e non verbale. Ascoltando in modo empatico, osservando con attenzione ed entrando nello schema di riferimento dell'altro come se fosse il proprio, è possibile comprendere il vissuto della persona, il suo specifico problema, al fine di poter fornire indicazioni, informazioni, attivare interventi mirati, favorire la fuoriuscita dai circuiti della violenza
Comprendere	Comprendere la persona vittima di violenza sia razionalmente, sia emotivamente astenendosi dal fornire soluzioni precostituite (comprendere vs risolvere, giudicare o interpretare)
Individuare	Individuare i problemi prioritari e le principali preoccupazioni che la persona sperimenta nel suo vissuto anche in relazione a esperienze passate o a episodi riferiti
Fornire informazioni	Fornire informazioni scientificamente corrette, complete, personalizzate, calibrate in base a ciò che in quel momento la persona è in grado effettivamente di ascoltare e interiorizzare, per poter, in successivi incontri, ampliare il panorama delle informazioni. Informare la persona in modo chiaro e completo su tutti gli aspetti connessi a come fronteggiare una situazione di violenza, compresi gli effetti collaterali, dai più frequenti e meno importanti, ai più severi e gravi

segue

continua

Azione	Indicazione
Fornire il tempo necessario	Considerare che la persona che ha subito uno o più episodi di violenza non è in grado di esplicitare immediatamente l'esperienza dolorosa vissuta. La variabile tempo, infatti, in questi casi risulta fondamentale affinché la vittima si percepisca tale, attribuisca al Servizio il significato di luogo dove poter affrontare il problema e formuli una richiesta di aiuto
Sostenere la persona che subisce violenza	Sostenere la persona che subisce violenza senza false rassicurazioni, focalizzando l'attenzione sul problema che in quel determinato momento considera più urgente e fonte di maggiore disagio, supportandola nel contenimento dell'ansia e delle preoccupazioni ad essa collegate, nonché accogliendo i sentimenti di vergogna, di rabbia, di paura che una persona la quale abbia sperimentato abusi e maltrattamenti può esprimere in molteplici modi (silenzio e reticenza, racconti parziali anche determinati dallo stato di shock, pianto, eloquio sostenuto e incalzante, ecc.)
Facilitare il processo decisionale	Facilitare il processo decisionale, favorendo la consapevolezza della persona che ha subito violenza, aiutandola a scegliere in modo autonomo, motivandola ad assumersi responsabilità personali. Ogni decisione relativa alla soluzione di un problema o a un cambiamento è possibile solo se la persona, con il supporto del sistema socio-relazionale di appartenenza, elabori proprie ipotesi di modifica dello statu quo e trovi dentro di sé le motivazioni per attuarlo
Condividere un comune codice di comunicazione	Condividere un comune codice di comunicazione con tutte le figure professionali coinvolte (ginecologhe/i, pediatre/i, medici di medicina generale, operatrici e operatori sanitari dei Servizi territoriali, personale delle strutture ospedaliere e della scuola, personale dei Centri antiviolenza, dei Centri di accoglienza e delle Case rifugio, dei Centri per uomini maltrattanti, ma anche referenti delle Forze dell'Ordine e della Magistratura) per poter costruire relazioni funzionali (Reti) tra le varie professionalità, orientate verso obiettivi comuni e sul riconoscimento reciproco delle diverse competenze (adattato da De Mei <i>et al.</i> , 2011a; De Mei <i>et al.</i> , 2011b).

Al fine di poter attivare relazioni professionali efficaci è fondamentale che chi opera sia consapevole del proprio stile comunicativo e conosca gli aspetti che contraddistinguono la sua personalità, comprese le qualità favorevoli il processo relazionale, come anche i propri tratti caratteriali che potrebbero ostacolare l'interazione. Infatti, chi opera può a livello personale possedere alcune qualità intrinseche al suo modo di relazionarsi con il mondo circostante, le quali possono costituire elementi favorevoli l'interazione quali: rispetto, accettazione incondizionata, flessibilità, sensibilità, calore, coerenza, disponibilità, creatività e autenticità. Le qualità personali non sono date a priori una volta per tutte, ma possono e devono essere sottoposte a un continuo affinamento per effetto di successivi apprendimenti esperienziali.

Particolare attenzione il professionista deve porre nella gestione dei propri tratti caratteriali (sarcasmo, irascibilità, apatia, onnipotenza, impotenza) e al controllo di stili comunicativi giudicanti, interpretativi, investigativi e paternalistici a favore di uno stile comunicativo comprensivo. Con tale stile la priorità è attribuita alla necessità di comprendere il problema così come viene vissuto dalla persona, di cogliere ciò che è stato detto, narrato o riportato per come è percepito ed è inteso dalla donna, di accettarne i sentimenti, le opinioni e le azioni, pur non condividendoli (contenere e comprendere), ma con la consapevolezza da parte di chi opera della

diversità dell'altro da sé e da parte della persona che è ascoltata, compresa accettata (De Mei *et al.*, 2011a; De Mei *et al.*, 2011b; Mucchielli, 2016).

Abilità relazionali: autoconsapevolezza, empatia e ascolto attivo

Autoconsapevolezza

Affinché l'operatrice o l'operatore accolga la vittima e instauri un'interazione efficace, è necessario che sia in grado di entrare in contatto con sé stessa o sé stesso, sia pienamente consapevole del proprio ruolo, conosca a fondo il proprio *setting* interno (valori, pregiudizi, motivazioni, schemi di riferimento culturali, vissuti personali, emozioni) e sappia distinguere il proprio sé da quello dell'altro, attraverso una continua azione di auto-osservazione e di automonitoraggio di quanto avviene nella relazione. Contestualmente, è necessario che chi opera sia consapevole del linguaggio paraverbale e non verbale che consente di trasmettere, ai vari soggetti coinvolti nella relazione professionale, il peso e il significato da attribuire a quanto esplicitato a livello verbale.

L'abilità dell'autoconsapevolezza consente al personale di salute di definire, di volta in volta, il *setting* interno e quello esterno connotato da una precisa dimensione spazio-temporale; il *setting* interno fa riferimento alla capacità di aprirsi all'ascolto dell'altro, superando i propri pregiudizi e dedicando tempo e spazio mentale dove non vi siano interferenze. Nei Servizi territoriali, talvolta, il *setting* esterno risulta essere poco definito, con confini spaziali poco chiari, pertanto la consapevolezza di chi opera di dover definire il *setting* interno assume una rilevanza cruciale nell'instaurare una relazione costruttiva con la persona che abbia subito una violenza (De Mei *et al.*, 2011a).

Empatia

Il termine *empathía* (*en*: dentro e *pathos*; sofferenza o sentimento) è l'abilità di comprendere in modo profondo l'esperienza soggettiva della persona vittima di violenza, ponendosi dal suo stesso punto di vista come se fosse il proprio, ma con la consapevolezza che appartenga all'altro. Si tratta, infatti, di saper entrare nello schema di riferimento della persona, al fine di comprenderne pensieri e intenzioni, di cogliere la situazione che sta vivendo dalla sua prospettiva (empatia cognitiva) e di condividere l'esperienza emozionale dell'altro (empatia emotiva) ma essendo ben consapevole che non è il proprio modo di pensare e di provare emozioni. Il personale di salute non può e non deve confondersi con la vittima, poiché, se ciò avvenisse, non sarebbe più in grado di aiutarla e sostenerla nel processo di cambiamento. Questa abilità è fondamentale per stabilire relazioni professionali basate sulla fiducia e sulla comprensione, al fine di attivare un percorso per la donna alternativo a quello della violenza (De Mei *et al.*, 2011a).

Ascolto attivo

L'ascolto attivo è un'abilità comunicativa che si basa sull'empatia e sull'accettazione dell'altro in un clima relazionale non giudicante. Chi presta il servizio ponendosi in un atteggiamento di ascolto attivo mostra un autentico interesse nei riguardi della donna, la quale si sente compresa e può raccontare quanto accaduto senza il timore di essere giudicata. Nell'ascolto

attivo entrano in gioco, contemporaneamente, diversi piani in quanto attraverso questa abilità chi opera ascolta i contenuti (verbale) e la relativa connotazione emozionale (paraverbale e non verbale) con la quale questi vengono espressi. Al contempo, chi presta il servizio ascolta i propri vissuti, il proprio sistema culturale e valoriale, cercando di fare in modo che non interferisca nella relazione. Per ascoltare attivamente può essere utile fare riferimento ad alcune tecniche, quali: riformulazione, delucidazione, capacità di indagine, messaggi in prima persona, riportate nella Tabella 2 (De Mei *et al.*, 2011a).

Tabella 2. Tecniche dell'ascolto attivo

Tecnica	Descrizione
Riformulazione	Consiste nel ripetere e nel restituire alla persona ciò che ha detto, utilizzando gli stessi termini senza aggiungere nessun altro contenuto. In questo modo chi opera verifica di aver ben compreso quanto raccontato, contemporaneamente la donna sente di essere stata ascoltata ed è disponibile a proseguire nel racconto mostrandosi maggiormente collaborativa. Alcune espressioni di riformulazione che possono favorire l'ascolto: <i>"Mi sta dicendo che..."; "In altre parole è accaduto che..."; "Lei vuole dire che... Perciò è successo"</i>
Delucidazione	Consiste nel cogliere e nel restituire le emozioni emerse durante la narrazione della storia, la tecnica è utile per agevolare la comprensione del vissuto emotivo della donna, che emerge dal paraverbale e dal non verbale, in quanto chi opera sottolinea i sentimenti che accompagnano il contenuto verbale e attribuisce loro un valore, finalizzato a rendere la relazione professionale realmente costruttiva. Alcune espressioni da utilizzare: <i>"Dal tono della sua voce mi sembra di cogliere..."; "Dal suo sguardo mi sembra di capire che..."; "Il suo silenzio è forse un modo per..."; "Lei vuole dire che..."</i>
Capacità di indagine	Consente a chi presta il servizio di porre domande appropriate (domande aperte, chiuse, ipotetiche) in funzione della specifica fase della relazione professionale con la persona che abbia vissuto una violenza. Le domande aperte, utili nella fase iniziale della relazione, lasciano ampia possibilità di risposta, tendono ad approfondire la relazione, stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri. Alcune espressioni da utilizzare: <i>"Potrebbe spiegarmi meglio cosa intende..."; "Potrebbe approfondire..."; "Potrebbe aiutarmi a capire cosa ne pensa..."</i> Le domande chiuse, da utilizzare in una fase successiva della relazione, sono circoscritte e specifiche, presuppongono risposte nette, rendendo più stringata la comunicazione, richiedono solo fatti oggettivi e a volte possono sembrare limitative e ostacolanti. Alcune espressioni da utilizzare: <i>"Dove?..."; "Chi?..."; "In quale momento?..."</i> Le domande ipotetiche consentono alla persona di riappropriarsi di uno spazio di competenza e ipotizzare possibili soluzioni in autonomia Alcune espressioni da utilizzare: <i>"Come pensa di poter fronteggiare..."; "Ha pensato a chi potrebbe rivolgersi per..."</i>
Messaggi in prima persona	Permettono al personale di salute di favorire una distinzione tra ciò che pensa, ritiene, percepisce e ciò che invece appartiene alla persona vittima di violenza. Si tratta per la persona di un importante processo di riconoscimento di una sua autonomia decisionale e di pensiero. Alcune espressioni da utilizzare: <i>"Come esperto ritengo che..."; "Io penso che..."; "Secondo me..."</i>

Bibliografia

- De Mei B, Luzi AM. *Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale*. Milano: Zadig; 2011a.
- De Mei B, Luzi AM. *Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale*. Milano: Zadig; 2011b.
- Ducrot O, Teodorov T. *Dizionario enciclopedico delle scienze e del linguaggio*. Milano: ISEDI; 1972.
- Luzi AM, Colucci A, Gallo P, De Mei B, Mastrobattista L, De Santis M, *et al.* The communicative-relational operating model of the Italian National Institute of Health for an effective telephone intervention in public health, structured on basic counselling skills. *Ann Ig.* 2023;35(4):379-402. doi: 10.7416/ai.2023.255 12.
- Luzi AM, Colucci A. Proposta di un modello operativo per una relazione professionale efficace tra operatore sanitario e persona detenuta, mirata alla prevenzione delle malattie infettive. In: Mancinelli R, Chiarotti M, Libianchi S (Ed.). *Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/22).
- Mucchielli R. *Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio d'aiuto*. Trento: Erickson; 2016.
- Watslawick P, Beavin R, Jackson J. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio; 1976.

COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA CON LA DONNA CHE HA SUBÌTO VIOLENZA: ALCUNE INDICAZIONI OPERATIVE

Elena Calabrò

Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli, Milano

La fase di accoglienza è decisiva per rilevare e valutare la presenza di una situazione di violenza e richiede che vi siano un tempo e un luogo ove poter effettuare il colloquio in un clima empatico, sicuro e di garanzia della *privacy*. Al fine di ottenere la fiducia della donna è importante, fin dall'inizio, improntare la relazione professionale su un piano di trasparenza informandola nel dettaglio su:

- suoi diritti e procedure (cosa succederà dopo il colloquio, che documenti verranno compilati, ecc.);
- varie fasi del percorso nel pieno rispetto della libertà di scelta e di autodeterminazione della donna stessa;
- importanza della refertazione medica;
- possibilità di sporgere denuncia o querela. Nel caso in cui la legge preveda una denuncia d'ufficio, chiarire alla donna tutte le possibili implicazioni ed evidenziare che la sicurezza sua e di eventuali figli minori è da considerarsi prioritaria.

Nelle situazioni di violenza, la richiesta di aiuto non è sempre spontanea ed esplicita. Chi accoglie una donna vittima di violenza, quindi, può ricevere una richiesta attiva ed esplicita di aiuto per la violenza subita, oppure una richiesta indiretta e non esplicita. In questo secondo caso, lo svelamento della violenza risulta essere l'azione prioritaria da condurre in modo tale da poter poi portare avanti un percorso di valutazione e gestione del rischio, nonché l'avvio del percorso di uscita dalla relazione maltrattante.

Talvolta la donna può sembrare reticente, schiva, poco disponibile a raccontare i particolari dell'accaduto, potrebbe avere un atteggiamento difensivo e di chiusura rispetto alle domande poste dal personale di salute; oppure potrebbe contraddirsi, manifestare sintomi psichici, quali ansia, tristezza, pianto, rabbia, confusione, paura, non consoni all'evento che racconta. Per facilitare la narrazione dell'episodio della violenza e superare le difese cognitive ed emotive della vittima di violenza, il personale di salute, in tono empatico e non giudicante, potrebbe:

- porre alcune domande dirette: *“Signora, è disposta a raccontare come si è procurata questa ferita? Era presente qualcuno quando si è ferita? Da quanto tempo ha questi problemi?”*;
- chiedere, nel caso abbia figli: *“Signora c'è qualcosa in particolare che la preoccupa, teme per l'incolumità dei suoi figli? I suoi figli sanno cosa succede tra lei e suo marito? L'hanno mai sentito urlare, minacciarla o picchiarla?”* La preoccupazione per l'incolumità dei figli può aprire un canale di comunicazione. Uno dei motivi per cui spesso le donne decidono di interrompere la relazione con il maltrattante e trovano il coraggio di chiedere aiuto, è se percepiscono un pericolo per i propri figli;
- intervenire e chiedere, se la donna racconta di un episodio incoerente rispetto ai sintomi psichici che mostra il personale di salute: *“Mi sta dicendo che è caduta dalla scala, ma a*

me sembra di cogliere anche uno stato di paura, è così? Mi vuole raccontare chi le ha procurato quei segni? Desidera poter parlare con qualcuno? Abbiamo una serie di aiuti da proporre alle donne in pericolo”.

Tali domande non devono essere formulate in maniera inquisitoria, ma devono essere calate in una relazione empatica basata sull’ascolto attivo della vittima e su interventi e tecniche specifiche volte a favorire una relazione d’aiuto efficace, così come illustrato nel precedente capitolo e qui, ulteriormente, specificato:

- porre domande aperte per agevolare la conversazione e migliorare la propria comprensione: *“Di cosa vorrebbe parlarmi?”, “Vorrebbe dirmi quello che è successo? Potrebbe dirmi di più a riguardo?”*;
- evitare domande che iniziano con il perché: *“Perché non l’ha detto a nessuno?... Perché non lo lascia?... Perché non lo ha denunciato?... Perché non è scappata al primo schiaffo?”* spesso mettono sulla difensiva e potrebbero suonare accusatorie. Domande che potrebbero veicolare pregiudizi negativi, colpevolizzanti per la donna e de-colpevolizzante per il maltrattante
- effettuare interventi di riformulazione in cui si ripete ciò che la vittima ha raccontato per verificare se si sia stato ben compreso quanto l’altro voleva dire (es. *“Quindi mi sta dicendo che lui l’ha schiaffeggiata davanti ai vostri figli?”*; *“Ho capito bene? Sta dicendo che...”*);
- effettuare interventi di chiarificazione in cui prospettare letture differenti per superare convinzioni errate, spesso indotte dal maltrattante attraverso le minacce (es. *“La violenza domestica è un crimine, non ha fatto niente per meritarsela, non è colpa sua se viene picchiata”*; *“Nessuno le porterà via i figli a differenza di quello che le dice il suo partner”*). In caso di donna straniera si può specificare che la denuncia non implica perdere il permesso di soggiorno, anzi la legge italiana prevede che venga rilasciato il permesso di soggiorno per motivi di giustizia se è vittima di maltrattamento;
- restituire alla vittima lo stato emotivo ravvisato - delucidazione (es. *“Signora mi sembra di cogliere dal tono della sua voce, dal suo atteggiamento un senso di paura o di vergogna, è così?”*; *“Mi sembra che lei si senta impotente in questo momento”*);
- supportare (es. *“Signora uscire dalla relazione violenta è possibile in quanto ci sono luoghi e persone specializzate sull’argomento che possono aiutarla”*);
- offrire informazioni (es. *“Signora sappia che ci sono dei luoghi in cui può ricevere aiuto, se vuole le fornisco indirizzi utili sul nostro territorio”*).

È, inoltre, estremamente importante rispettare i tempi della donna, consentire pause di silenzio, non saltare alle conclusioni dopo poche frasi e non porre domande suggestive. L’obiettivo che si deve perseguire nel colloquio di accoglienza è quello di creare un clima di fiducia in cui acquisire informazioni non per accertare la veridicità dei fatti, ma per supportare la donna vittima di violenza, metterla in sicurezza e validarne i vissuti e l’esperienza (Regione Emilia-Romagna., 2013).

Nel caso della violenza sessuale, per molte donne è difficile riportare nei particolari quanto accaduto, è importante non forzare la vittima per farsi raccontare i dettagli, quando non si sente pronta a parlarne. Alcune donne useranno solo frasi indirette per indicare che sono state violentate, come *“mi ha usato”* o *“mi ha fatto cose brutte”*; in tal caso si potrebbe aiutare la narrazione accogliendo le emozioni della donna, riconoscendone la fatica del dover parlare della violenza subita, proponendole di scrivere ciò che le è successo.

L’operatrice o l’operatore, nel corso del colloquio, dovrebbe anche chiedere se siano intervenute le Forze dell’Ordine e se il maltrattante sia stato allontanato dal domicilio. Ciò al fine di concordare con la donna un piano di sicurezza; nel caso, ad esempio, l’autore della violenza

sia convivente, aiutarla a trovare un luogo sicuro per sé e per i figli. Il personale di salute dovrebbe sempre accertarsi che la donna, lasciando il Servizio, non corra rischi.

Alla luce di quanto sopra descritto la conduzione del colloquio d'accoglienza, per la sua complessità, presenta diverse criticità che, se non adeguatamente affrontate, rischiano di avere delle conseguenze sul percorso dell'assistenza alla vittima. La donna maltrattata è una donna traumatizzata che evidenzia un fortissimo bisogno di comprensione. Se chi la deve accogliere, curare e proteggere, tradisce questa aspettativa, la traumatizza a sua volta – vittimizzazione secondaria (Romito & Melato, 2013; Anci-D.i.Re, 2014).

In sintesi, il personale di salute che effettua il primo contatto con la vittima, deve essere preparato ad accoglierla in modo efficace, tenendo conto dei punti chiave del colloquio, di seguito elencati:

1. ridurre i tempi di attesa;
2. garantire la *privacy*;
3. escludere la presenza di terzi dal colloquio e da eventuali accertamenti (in particolar modo l'autore della violenza);
4. superare ogni approccio di tipo assistenzialista;
5. riconoscere la fatica, i sentimenti e le emozioni della donna, che emergono durante il colloquio;
6. valutare l'eventualità di definire un progetto di protezione condiviso con la donna: stabilire un piano di tutela momentaneo, rivalutare i fattori di maggiore rischio e spiegare o ricordare alla donna il ciclo della violenza (Walker, 1979);
7. fornire la possibilità di scegliere che cosa dire o non dire, cosa accettare o non accettare delle proposte di intervento, rispettando i suoi tempi (es. è controproducente cercare di forzare la situazione, spingendo a presentare una querela contro il maltrattante);
8. evitare:
 - risposte inadeguate del tipo: *“torni a casa... vedrà che si aggiusta tutto”*,
 - banalizzazioni o minimizzazioni: *“sicuramente non voleva farle così male...”*, *“in tutte le famiglie capita di litigare”*; simili verbalizzazioni espongono la donna ad un processo di re-vittimizzazione e diventano un elemento ostativo al percorso d'aiuto,
 - atteggiamenti giudicanti nonché accusatori: *“perché l'ha picchiata?”*, *“cosa ha fatto lei per farlo arrabbiare?”*. Tali tipi di domande sono barriere all'instaurazione di un'alleanza terapeutica perché tendono ad attribuire alla donna la responsabilità di quanto accaduto aumentando in lei il senso di colpa e di vergogna,
 - razionalizzazioni o scuse per chi fa violenza: *“probabilmente ha reagito così perché è troppo stressato dal lavoro”*,
 - prescrizioni di una terapia o una mediazione familiare,
 - insistente proposta di interrompere la relazione. È questa una scelta esclusiva della donna, chi opera deve solo sostenerla in tale processo decisionale.

Infine, è importante non standardizzare la storia della vittima, non dare per scontata la sua fuoriuscita dalla situazione violenta, non tentare di etero-dirigerla, non costringerla a dissimulare, producendo una relazione di sostegno destinata a fallire; il progetto di uscita dalla relazione maltrattante deve essere condiviso e costruito insieme alla donna (Regione Emilia-Romagna, 2013).

Bibliografia

Anci-D.i.Re. *Linee guida per l'intervento e la costruzione di rete tra i servizi sociali dei comuni e i centri antiviolenza*, 2014. Di.Re. Donne in Rete contro la violenza. Roma: Anci-Di.Re; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2014/03/ANCI_DIRE_LINEE_GUIDA_ASSISTENTI_SOCIALI.pdf; ultima consultazione 05/05/2025.

Regione Emilia-Romagna. *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/novita/prodotti-editoriali/linee-di-indirizzo-regionali-per-laccoglienza-di-donne-vittime-della-violenza-di-genere> ultima consultazione 05/04/2025.

Romito P, Melato M (Ed.). *La violenza sulle donne e i minori. Una guida per chi lavora sul campo*. Roma: Carocci Faber; 2013.

Walker LE. *Battered woman*. New York: Harper & Row; 1979.

APPROCCIO CULTURALMENTE SENSIBILE: LA TRANSCULTURALITÀ NELLA COMUNICAZIONE CON LA DONNA MIGRANTE CHE HA SUBITO VIOLENZA

Sonia Viale

*Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle
Malattie della povertà, Roma*

Quando la donna che ha subito violenza proviene da una realtà geopolitica diversa dalla nostra, tutti i corollari relativi a migrazione, sradicamento sociale, appartenenza, devono prestarsi ad una lettura in cui la cultura dell'una e dell'altro si incontrano nella transculturalità.

Il pensiero che attraversa culture diverse (Ancora, 2017), permette all'operatrice e all'operatore di area sanitaria e socio-sanitaria di porsi su un piano strategico comunicativo-relazionale, così da poter comprendere i percorsi di chi arriva a porre una domanda d'aiuto, i diversi significati e le ragioni sottese. Si tratta di un approccio e metodo che ha come base il rispetto per l'altro, il riconoscimento della reciprocità e dignità della persona in ogni sua differenza e in relazione alle specificità culturali; con tale approccio transculturale le diversità non vengono considerate più dissonanze ma risorse, per la creazione di relazioni umane (Moro *et al.*, 2009; Mazzaresse, 2013).

Avvicinarsi come personale di area sanitaria e socio-sanitaria ad una donna migrante che ha subito violenza, accogliere una richiesta d'aiuto che non sempre può essere chiara ed esplicita, accompagnarla in un percorso di consapevolezza, di riconoscimento di quanto subito, richiede di poter considerare ogni risorsa disponibile e valutare criticità possibili. Per questo la transculturalità diventa centrale ed evidenzia aspetti altrimenti difficilmente comprensibili; per formulare obiettivi e strategie d'intervento calibrati, efficaci in quanto estremamente rispettosi sia dell'unicità che dell'appartenenza. La transculturalità viene utilizzata come una pagina mentale, per annotare le sensazioni, i colori, gli ambienti, i volti, le espressioni, alla ricerca di quella essenzialità che scolpisce l'unicità di quella donna. Persona prima che paziente o utente, distinzione che attribuisce qualità all'intervento di cura, inteso quale processo che va dall'accoglienza alla presa in carico e, laddove necessario, all'invio mirato ai Servizi sanitari e socio-sanitari presenti sul territorio (Cattaneo *et al.*, 2020). La comprensione del vissuto di una donna che proviene da una cultura altra, diversa, può rappresentare una possibile difficoltà, dal momento che il personale di area sanitaria e socio-sanitaria utilizza per le proprie valutazioni strumenti legati al background culturale e valoriale da cui provengono. Invece, l'approccio transculturale nella clinica permette di considerare aspetti che aggiungono profondità alla relazione di aiuto, attuando un decentramento culturale e riconoscendo l'unicità di ciascuna persona. Il concetto di cultura coinvolge ogni aspetto della persona: famiglia, salute, malattia, tempo, relazioni interpersonali, spazio vitale, autorità, rapporti uomo/donna, religione, sessualità. La cultura di appartenenza determina come la persona recepisce le informazioni sulla cura della salute, su cosa è considerato problema, le modalità di esprimere sintomi e preoccupazioni, quali diritti possono essere riconosciuti ed esercitati, quale tipo di protezione possa essere veramente riconosciuta come tale (Palorari, 2014).

Per una donna proveniente da una realtà geopolitica e culturale diversa da quella di chi l'accoglie nei Servizi sanitari e socio-sanitari; ben differente è, infatti, il significato di ogni gesto o comportamento e l'interpretazione. È per questo che diventa fondamentale, in ogni scambio comunicativo con una donna migrante, accrescere le competenze comunicative di una valenza

transculturale, che non si espliciti nella mole di conoscenze inerenti le culture, ma in un atteggiamento di base, una sorta di *forma mentis* che mette in grado di comprendere, nel senso più ampio dell'accoglienza, le differenze. La prospettiva transculturale prevede la capacità a fornire interventi di aiuto efficaci prendendo in considerazione le valenze culturali insite nei comportamenti e bisogni delle persone, nella loro capacità di mettersi in relazione con l'altro, nei ruoli assunti e richiesti dalla cultura di appartenenza quale parte fondante dell'identità. Il processo di cura e assistenza è anch'esso in realtà un processo fra culture; utilizzare un approccio transculturale permette di comprendere meglio per poi attivare interventi, che possano essere considerati culturalmente congruenti, competenti e quindi di maggior efficacia (Micheluzzi *et al.*, 2021).

Rispetto all'accesso, alla fruizione dei servizi, la donna di origine straniera può incontrare delle barriere innanzitutto di tipo linguistico, di comprensione e di espressione di una lingua che non è la propria, che non è stata scelta così come troppo spesso non è stata scelta la destinazione di una migrazione subita, vissuta come fuga o decisa da altri. Per neutralizzare per quanto possibile la barriera linguistica, chi opera dovrebbe usare un lessico semplice, con frasi brevi, evitando forme impersonali, sigle o elementi che potrebbero complicare la comprensione di un messaggio. È opportuno limitare l'utilizzo di concetti tecnici specifici, che possono essere interpretati dalla destinataria in modo distorto, avvalendosi, invece, di un linguaggio chiaro, ricercando continui *feedback* sulla comprensione di ciò che è stato detto e utilizzando tecniche di riformulazione e delucidazione per avere conferma di aver capito correttamente ciò che la donna intende comunicare.

È importante ricorrere alla presenza di una mediatrice o un mediatore linguistico-culturale, in accordo con la donna, anche nel caso questa abbia una sufficiente padronanza della lingua italiana, al fine di:

- favorire una corretta lettura dei codici culturali portati dalla donna;
- costruire intorno alla donna migrante con un vissuto di violenza, un intervento di aiuto il più mirato ed efficace possibile, culturalmente sensibile;
- rispondere agli specifici bisogni di salute della donna, sia quelli manifesti, sia quelli non chiaramente esplicitati.

Il ruolo della mediazione risulta essere quello di facilitare l'individuazione della violenza e di condividere possibili soluzioni, quanto più rispettose della realtà interna ed esterna alla donna. L'elemento comunicativo imprescindibile nella transculturalità rimane la disponibilità nel comprendere se un sintomo, una manifestazione di malessere, abbia un significato proprio nel contesto di provenienza e quali potrebbero essere i sistemi di cura più efficaci, senza primati di un sistema culturale sull'altro. Il disagio della donna che ha subito violenza rispecchia altri disagi e la singola domanda d'aiuto rimanda, necessariamente, all'ambiente in cui tale domanda ha tratto il proprio senso e l'origine.

In conclusione, l'approccio transculturale permette al personale di salute di porsi su un piano strategico, al margine tra le aree visibili e quelle che, invece, vengono tenute nascoste, così da poter comprendere meglio i percorsi di chi arriva a porre una domanda d'aiuto e le ragioni sottese. La presa in carico delle singole situazioni, attuata con un approccio di comprensione, consente un'analisi di quanto è accaduto e soprattutto di come si possa andare oltre. Attraverso le narrazioni e le raccolte anamnestiche, vengono considerate le peculiarità, le situazioni specifiche, le appartenenze familiari e sociali, i condizionamenti, i contesti di provenienza e le relazioni significative passate e presenti. Il fine è quello di favorire la piena condivisione con la donna migrante di un progetto di fuoriuscita dal circuito della violenza, attivando le sue risorse, quelle del contesto relazionale e sociale al quale fa riferimento, nonché la Rete dei Servizi sanitari e socio-sanitari presenti sul territorio. In tale prospettiva, diventa prioritario, ancor più trattandosi

di donne, spesso madri con bambini o adolescenti, che l'intervento garantisca il rispetto, oltre che dei bisogni anche dei diritti fondamentali della persona, compreso quello del proprio sistema valoriale. Solo attraverso la considerazione di più aspetti possibili, possono effettuarsi interventi maggiormente mirati e di conseguenza efficaci, riducendo margini di errore e dispersione.

Bibliografia

- Ancora A. *Verso una cultura dell'incontro. Studi per una terapia transculturale*. Milano: Franco Angeli; 2017.
- Cattaneo ML, Dal Verme S (Ed.). *Sviluppi della clinica transculturale nelle relazioni di cura*. Milano: Franco Angeli; 2020.
- Mazzarese T. *Diritto, tradizioni, traduzioni. La tutela dei diritti nelle società multiculturali*. Torino: Giappichelli; 2013.
- Micheluzzi V, Burrai F. Assistenza transculturale e comunicazione transculturale. *G Clin Nefrol Dial* 2021;33:57-66.
- Moro MR, De La Noe Q, Mouchenik Y, Baubet T. *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Milano: Franco Angeli; 2009.
- Palorari P. La violenza contro le donne come questione (trans)culturale. Osservazioni sulla Convenzione di Istanbul. *Psicobiettivo* 2014;20(1).

ASCOLTARE E COMUNICARE CON MINORI VITTIME DI VIOLENZA ASSISTITA

Battista Giovanna De Luca (a), Maria Grazia Foschino Barbaro (b), Annalisa Loconsole (c)

(a) già *Prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i minori*, ASL Lecce, Lecce

(b) Gruppo di lavoro per il Coordinamento della Rete dei Servizi per il contrasto della Violenza all'Infanzia, Regione Puglia, Bari

(c) Associazione italiana Scuola Psicoterapia Cognitiva, Bari

È oramai acclarato, a livello nazionale e internazionale, l'importanza del diritto della persona minorenni, "capace di discernimento, di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che la interessa" (art. 12 Legge 176/1991) e, in virtù di ciò, va garantita ad essa la possibilità di essere ascoltata in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che la riguardi (Legge 77/2003).

È per tale ragione che quanti operano in area sanitaria e socio-sanitaria devono possedere strumenti appropriati ed efficaci per entrare in relazione con bambine, bambini e adolescenti, ponendosi nella condizione di ascoltare quanto le vittime minorenni di violenza assistita, siano disponibili a raccontare. Va detto che in caso di persone minorenni più piccole di età occorre prestare attenzione al linguaggio del corpo, giacché non sempre comunicano verbalmente i loro vissuti che, invece, più facilmente esprimono attraverso il linguaggio non verbale.

Ascoltare, comunicare e accogliere

Di seguito sono riportate le principali indicazioni operative per l'ascolto di una persona minorenni presentate nelle linee guida in materia di maltrattamento e violenza dalla Regione Puglia (Regione Puglia, 2016) altresì ispirate alle metodologie più efficaci in tale ambito (Pazè, 2003; Pazè, 2004; Yuille, 2001).

Ascoltare l'infanzia in un contesto così difficile equivale ad avvicinarsi emotivamente alla bambina o al bambino al fine di facilitare la verbalizzazione delle esperienze vissute. Per costruire una relazione di fiducia e di sostegno emotivo va prestata attenzione all'ambiente fisico e relazionale dell'incontro con minori; un luogo, tranquillo e riservato, connotato dal rispetto dei bisogni evolutivi rappresenta la condizione di base per un'accoglienza sensibile e attenta. Ascoltare con empatia vuol dire capire cosa la persona minorenni provi senza lasciarsi travolgere dalle sue emozioni ma trasmettendo sicurezza e autocontrollo. Nella raccolta della anamnesi sanitaria o all'interno di un qualunque colloquio è bene annotare se la persona minorenni rivela spontaneamente delle informazioni significative relative alla sospetta violenza assistita. A tal proposito è bene esplicitare che si ha bisogno di scrivere ciò che viene riportato, al fine di tenere memoria di tutti i suoi racconti.

A seguito dell'annotazione del racconto della persona minorenni, chi presta il servizio può chiedere con tatto e sensibilità di approfondire le sue narrazioni o di precisare alcuni elementi ritenuti rilevanti. Si possono formulare domande brevi, semplici, comprensibili, consone all'età che non contengano mai la risposta ma che siano domande aperte come "cosa ti è accaduto?"; "cosa è successo?", così la bambina o il bambino o l'adolescente prova incoraggiamento nel descrivere, liberamente con le sue parole, e senza ricevere l'influenza del personale di salute, quanto è accaduto e di riportare i suoi vissuti.

Quando la persona minorenni parla non bisogna interrompere, correggere e, soprattutto, vanno ascoltati e rispettati i silenzi.

È importante agire una comunicazione improntata su un piano di lealtà e trasparenza in cui non si fanno promesse che non si è in grado di mantenere e qualora chi parla chiedesse di mantenere il segreto sui suoi racconti, il personale di salute assicurerà che non rivelerà mai a nessuno che possa nuocergli cosa si sono detti, mentre lo dirà solo a chi di sua conoscenza è certamente nelle condizioni di offrire aiuto e protezione.

Nella relazione con persona minorenni, presunta vittima di violenza assistita, è raccomandata l'adozione di un atteggiamento di disponibilità e rassicurazione, che la ponga a proprio agio e la faccia sentire libera di potersi esprimere e raccontare, nonché sicura di essere creduta.

In particolare, la creazione di una relazione efficace tra professionista e minorenni passa attraverso l'esplorazione di temi neutri ma significativi per loro (interessi, persone di riferimento, ecc.) affrontando i quali, spesso, raccontano, spontaneamente, fatti ed episodi significativi, utili all'emersione e all'identificazione della violenza assistita o direttamente sperimentata. È utile sottolineare che, soprattutto nelle prime fasce d'età, ci si esprime anche e soprattutto col linguaggio del corpo al quale, dunque, è fondamentale porre attenzione con particolare riferimento ad eventuali cambiamenti nell'atteggiamento a seconda che vi sia o meno la presenza di persone adulte.

Può accadere, tuttavia, che la persona minorenni non intenda parlare del proprio vissuto e, in tali casi, la si può incoraggiare al dialogo con frasi rassicuranti che la facciano sentire compresa, ma che al contempo illustrino i benefici di uno sfogo (es. *“capisco che tu abbia difficoltà a parlarmene; qualche volta è davvero difficile raccontare alcune cose; però in generale fa bene parlarne con qualcuno, poi ci si sente meglio”*).

Il personale di salute nel relazionarsi con la vittima di violenza assistita dovrebbe, sempre accuratamente, evitare di:

- chiedere prove su quanto riferito;
- porre domande indagatorie;
- utilizzare frasi suggestive che introducono elementi non riferiti.

Nel caso di visite mediche su minori, che presuppongono la presenza di personale sanitario, a questo è raccomandato di:

- informare adeguatamente la vittima sulla natura della visita medica cui sta per sottoporsi;
- procedere, separatamente e in assenza della vittima, ad una puntuale annotazione di quanto riferito sull'accaduto da chi l'accompagna e, poi, del racconto reso dalla vittima stessa (specificando chi è presente in tale fase) ponendo attenzione alla coerenza tra le due versioni;
- documentare con molta attenzione la presenza di eventuali segni o lesioni.

In ogni caso, laddove i fatti riferiti dalla persona minorenni afferiscano al contesto familiare è utile non fornire informazioni in merito ai genitori onde scoraggiare possibili pressioni o influenze sulla bambina, il bambino o sull'adolescente. Qualora, invece, i fatti narrati attengano a contesti *extra* familiari è utile valutare nel caso concreto se sia o meno opportuno coinvolgere i genitori.

Narrare il trauma: strategie operative

In fase di accoglienza e di comunicazione si deve tener conto di alcune specificità associate alle modalità di narrazione dell'esperienza traumatica (Vitale *et al.*, 2018). Come in tutte le forme di violenza, anche in quella assistita il canale preferenziale a cui ricorrono le persone minorenni,

è quello della memoria implicita, che si basa su codici sensoriali e somatici piuttosto che su codici verbali (Schauer *et al.*, 2014). Nel relazionarsi con tali minori si può registrare una difficoltà nel produrre racconti coerenti, organizzati e sequenziali. Le memorie traumatiche presentano salti logici, risultano spesso frammentate e non organizzate, sono composte prevalentemente da immagini visive, sensazioni e stati comportamentali piuttosto che da elementi simbolici, più semplici da esprimere sul piano verbale, (van der Kolk, 1987; van der Kolk *et al.*, 1995; Steele, 2013). Per favorire il processo di accoglienza e di comunicazione la letteratura suggerisce l'utilizzo di alcuni strumenti figurativi come il disegno, il gioco, la narrativa e la drammatizzazione (Paparusso *et al.*, 2021; Bertacchi *et al.*, 2022). Tali strumenti possono essere di ausilio poiché facilitano l'organizzazione dei pensieri e l'espressione degli stati emotivi.

Negli interventi sulla violenza assistita, l'uso della favola è una preziosa risorsa per favorire l'accesso ai vissuti emotivi in età evolutiva. La favola, infatti, può essere utilizzata per illustrare le dinamiche della violenza domestica qualificando i principali vissuti di tutte le persone coinvolte. Nello specifico questo strumento aiuta la persona minorenne a identificarsi con i personaggi, particolarmente connotati, per facilitare il processo di evocazione dei contenuti mentali oltre che per riconoscere e condividere i propri stati emotivi e cognitivi. Con la favola è possibile rimanere in uno spazio protettivo dell'immaginazione agevolando anche l'esplorazione di tematiche più complesse e stimolare il ragionamento.

Bibliografia

- Bertacchi I, Mammini S, Anatra MG. *Violenza assistita e percorsi d'aiuto per l'infanzia. Proposte di attività attraverso un approccio narrativo*. Trento: Erickson; 2022.
- Italia. Legge 27 maggio 1991, n. 176 Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n.135, 11 giugno 1991. Supplemento Ordinario n. 35.
- Italia. Legge 20 marzo 2003, n. 77 Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli. Strasburgo 25 gennaio 1996. *Gazzetta ufficiale - Serie Generale* n.91 del 18-04-2003. Supplemento Ordinario n. 66.
- Paparusso S, Goffredo M, Berlingiero I, Foschino Barbaro MG. L'approccio multi-modale nei casi di violenza assistita intrafamiliare: strumenti e interventi psicologici. *Psicoterapeuti in formazione* 2021;27:27-42.
- Pazè P. *I provvedimenti giurisdizionali per il minore nella crisi della famiglia e nella crisi del rapporto genitore/prole*. Convegno Nazionale, Roma, 17-19 novembre, 2003.
- Pazè P. L'ascolto del minore. *Psicanalisi e metodo* 2004;4:57-90.
- Regione Puglia. Saper ascoltare i minorenni - Indicazioni operative per la comunicazione con i minorenni in caso di rivelazione spontanea o in caso di sospetto. In: *Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età*. Bari: Regione Puglia; 2016. Approvate con Deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2016, n. 1878 pubblicate *Bollettino Ufficiale della Regione Puglia* n. 1 del 3 gennaio 2017. p. 88-90. Disponibile all'indirizzo: https://www.regione.puglia.it/documents/50493/712762/DDGR1878_2016_LineeGuidaMinori.pdf/50ab77f7-afa7-53de-a167-90e4f176b1ba?t=1602144614606; ultima consultazione 04/04/2025.
- Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Terapia dell'esposizione narrativa. Un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2014.
- van der Kolk BA. *Psychological trauma*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1987.
- van der Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress*. 1995 Oct;8(4):505-25. doi: 10.1007/BF02102887.

Vitale GT, Berlingiero I, Foschino Barbaro MG. *Ascoltare il trauma. Indicazioni operative sull'ascolto dei minorenni in ambito giudiziario*. Bari: Linea Editoriale Piccoli Passi; 2018.

Yuille JC. *The Step-Wise Interview: a protocol for interviewing children*. Regina, SK: Law Society of Saskatchewan; 2001. (CanLIIDocs 451). Disponibile all'indirizzo: <https://canlii.ca/t/tc2h>; ultima consultazione 04/04/2025.

SEGN, SINTOMI E INDICATORI PER UNA CORRETTA INDIVIDUAZIONE DEI CASI DI VIOLENZA E DI PERCORSI SPECIFICI PER DONNE

Chiara Marchetti (a), Vera Gloria Merelli (b), Laila Giorgia Micci (b), Claudio Pagliara (a),
Alessandra Pifferi (a)

(a) Azienda USL Toscana Sud Est, Arezzo

(b) Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico Mangiagalli, Milano

Così come accade nel Pronto Soccorso, molto spesso le operatrici e gli operatori sanitari e socio-sanitari del territorio, si possono trovare di fronte a donne che non dichiarano le violenze e i maltrattamenti subiti. Mentre all'interno del Pronto Soccorso esiste, se pur con difficoltà, la possibilità di creare un *setting* adeguato caratterizzato dalla riservatezza, di procedere ad indagini clinico-diagnostiche e radiologiche che avvalorino il sospetto della violenza, di consultare procedure di riferimento, sul territorio può risultare molto più complesso il cogliere i segnali di una violenza inespressa. Le figure professionali che operano sul territorio sono molteplici: medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; medici specialisti, personale infermieristico e altre figure professionali che operano nella Medicina del Territorio, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), nei Servizi per le Dipendenze (SerD), nei Consultori familiari, negli Ambulatori Distrettuali, nell'Emergenza Territoriale. Ciascuna di queste professionalità può trovarsi di fronte a casi di violenza dichiarata o non dichiarata, dei quali deve essere in grado di cogliere segni e sintomi e deve essere a conoscenza delle risorse e delle Reti di aiuto presenti sul territorio, per poter inviare le donne verso percorsi di uscita dalla violenza stessa.

Innanzitutto, così come riportato nei precedenti capitoli, è di fondamentale importanza che il personale sanitario e socio-sanitario nell'accogliere una donna vittima (o presunta tale) di violenza di genere, possa avvalersi di alcune indicazioni operative basilari:

- mostrarsi disponibili all'ascolto e cercare di trovare tempi adeguati alle necessità della donna stessa, senza incalzarla con le domande e lasciandole piena libertà di decidere cosa dire e cosa non dire;
- non drammatizzare, ma anche non banalizzare il racconto riportato dalla donna;
- sospendere qualunque giudizio;
- ascoltare in modo empatico, non minimizzare le difficoltà che la donna dichiara di sentire nel percorso di uscita dalla violenza ed evitare la re-vittimizzazione secondaria;
- restituire alla donna il suo valore di persona e porla al centro di ogni decisione che verrà presa;
- considerare gli aspetti clinici e proporre accertamenti diagnostici ulteriori, qualora se ne rilevi la necessità;
- non avere fretta di prendere decisioni per tutelare la donna e non lasciarsi incalzare dall'urgenza;
- proporre alla donna l'offerta di aiuto per iniziare un percorso di uscita da una situazione violenta e permetterle di accoglierla nell'immediato o in un momento successivo;
- tenere sempre presente quali siano gli obblighi medico-legali connessi alla professione;
- conoscere la rete territoriale di riferimento per un approccio multidisciplinare e farvi riferimento;

- personalizzare, di volta in volta, l'intervento e adattare le competenze comunicativo-relazionali in funzione della specificità e unicità della donna e della sua storia di abusi, maltrattamenti, violenze.

Segni, sintomi e indicatori standardizzati

I segni e i sintomi che, abitualmente, possono indicare al personale di salute la probabilità di trovarsi davanti ad una situazione legata a violenza di genere vengono suddivisi in anamnestici, comportamentali/psicologici e fisici, anche sulla base delle indicazioni fornite dalle “Linee Guida Nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere” (*Gazzetta Ufficiale* n. 24, 30 gennaio 2018).

Indicatori anamnestici

Il racconto anamnestico della donna è un momento decisivo, utile affinché chi opera possa focalizzarsi su indizi specifici che rivelino uno o più episodi di violenza subiti dalla stessa, anche se non esplicitamente dichiarati. La storia clinica della donna può dare ulteriori indicazioni rispetto alla sua situazione: ripetuti accessi ai Servizi sanitari possono far sospettare una situazione di violenza. Il tipo e la sede di eventuali lesioni, il racconto poco chiaro, lo stato d'animo, l'atteggiamento, la postura, il ripetersi di episodi analoghi possono diventare, pur con tutte le cautele necessarie, fonte di approfondimento da parte del personale di salute. Le donne vittime di abusi fisici o sessuali nell'infanzia o nell'età adulta sperimentano situazioni di malattia più frequentemente delle altre donne; talvolta con un'alta frequenza di accessi alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, si rilevano disturbi mentali quali depressione, disturbi alimentari, atti autolesivi o suicidari; disturbi relativi al funzionamento fisico; problemi relativi al sonno, al benessere psicologico e adozione di comportamenti ulteriormente rischiosi, tra cui fumo, sedentarietà, abuso di alcool e di droghe.

I principali indicatori anamnestici standardizzati per una corretta identificazione della donna che subisce violenza sono:

- reticenza a parlare di determinati argomenti;
- amnesia su alcuni episodi;
- non corrispondenza tra la dinamica narrata e la gravità delle lesioni ;
- descrizioni dell'accaduto incongrue rispetto alla lesione presentata (incidente domestico);
- lesioni o problemi durante gravidanze precedenti o aborti forzati;
- storia di abuso subito durante l'infanzia;
- istituzionalizzazione;
- depressione;
- disturbi del sonno;
- disturbi del comportamento alimentare;
- tentativi pregressi di suicidio.

Indicatori comportamentali o psicologici

L'antropologa Francoise Heritier, nel 1997, ha definito la violenza come una costrizione, che può essere di natura fisica, o psichica e che porta con sé il terrore, la fuga, la disgrazia, la sofferenza o la morte di un essere vivente, ma anche quale atto intrusivo che ha come effetto volontario o involontario l'espropriazione dell'altro, il danno, o la distruzione di oggetti inanimati (Heritier, 1997).

La violenza psicologica rappresenta a tutti gli effetti una vera e propria forma di maltrattamento le cui conseguenze possono essere altrettanto devastanti per chi la subisce, rispetto a quelle determinate dalla violenza fisica. Tuttavia, rispetto a quest'ultima, i cui segni sono spesso visibili, la violenza psicologica rimane frequentemente nascosta, non riconosciuta o sottostimata ed è sempre presente, come minimo comune denominatore, insieme alle altre forme di violenza (fisica, economica, sessuale) ma può anche manifestarsi singolarmente.

La violenza psicologica può esprimersi attraverso molteplici manifestazioni, alcuni esempi sono offese, accuse, atti denigratori, minacce, insulti, umiliazioni, svalutazioni, isolamento sociale, limitazione della libertà, controllo, proibizioni di frequentare amici e parenti, esclusione dalle decisioni importanti che riguardano la famiglia o la coppia, mancata assistenza in caso di malattia o bisogno. Questi comportamenti possono variare di frequenza e di intensità, possono essere più o meno manifesti ed espliciti, ma in ogni caso non si risolvono mai in un singolo episodio, ma sono reiterati nel tempo. In quanto forma di maltrattamento, infatti, la violenza psicologica ha carattere ricorsivo, si sviluppa nel tempo in un crescendo di gravità e può seguire un andamento ciclico, in cui alle aggressioni si alternano momenti di calma e riappacificazione. Per la donna che subisce violenza diventa un susseguirsi di umiliazioni e vessazioni, che possono includere insulti personali diretti (*"Sei brutta"*; *"Sei stupida"*; *"Non capisci niente"*), svalutazioni legate ai ruoli sociali (*"Non vali niente come moglie/compagna/madre/lavoratrice"*), svalutazioni dei risultati conseguiti (nello studio o nel lavoro), ridicolizzazioni in pubblico, forme di controllo generalizzato (monitoraggio degli spostamenti, delle relazioni, dei canali *social*, delle e-mail, del telefono, delle password, delle spese, dell'abbigliamento), accuse e attribuzioni di colpe da parte dell'abusante rispetto ai comportamenti da lui agiti (*"È colpa tua se faccio così"*; *"Se tu fossi diversa questo non accadrebbe"*), minacce di ripercussioni dirette verso lei, i figli, o la sua rete sociale (familiare, amicale, lavorativa) o gli animali domestici, se non obbedisce ai dettami dell'abusante.

Una delle forme di violenza psicologica recentemente tornata oggetto di studio è il cosiddetto *Gaslighting*, che è una forma di manipolazione psicologica attraverso la quale l'abusante presenta alla vittima false informazioni con l'intento di farla dubitare di sé stessa, della sua stessa memoria e percezione, della sua capacità di analisi e valutazione della realtà, fino a farla sentire disorientata, inadeguata, o addirittura sospettosa di star sviluppando un disturbo psichico. Il *Gaslighting* si può manifestare anche attraverso la negazione che determinati episodi siano mai accaduti (compresi gli episodi di maltrattamento, ma non solo questi), o al contrario, attraverso l'invenzione che determinati eventi abbiano di fatto avuto luogo, infine potrebbe essere agito attraverso la vera e propria messa in scena di situazioni insolite, bizzarre, con l'intento di disorientare e confondere la vittima (WHO, 2013a). La violenza psicologica è caratterizzata, quindi, da un *pattern* di azioni che l'abusante utilizza per controllare e dominare la sua partner, instillando in essa paura, minandone l'autostima alla base, compromettendone la percezione stessa della propria identità. Il carattere continuativo della violenza psicologica agita da un partner all'interno di una relazione intima, può portare la vittima a sentirsi sempre più inadeguata, colpevole, incapace. Secondo la psichiatra Judith Herman i maltrattamenti familiari, con i loro effetti psicologici, possono essere paragonati a gravi situazioni traumatizzanti come i disastri naturali, le guerre i sequestri di persona (Herman, 2005).

Gli effetti della violenza, compresa quella psicologica, su chi la subisce possono, dunque, essere devastanti. Le vittime possono sperimentare sensi di colpa, auto-biasimo, vergogna, paura, impotenza. Possono sviluppare risposte di ansia, stress, depressione. Le conseguenze della violenza possono riverberarsi sia sul piano della salute fisica, sia su quello della salute mentale, tenendo conto del fatto che i due ambiti sono strettamente collegati. Numerosi studi, infatti, concludono che una vittima di violenze – siano esse fisiche, sessuali o psicologiche, compiute da un partner o da un'altra persona – incorrerà in un problema di salute più spesso di un'altra donna

che non abbia subito tali violenze. Sul piano psicologico, conseguenze dirette di violenze fisiche o sessuali possono essere rappresentate da reazioni di ansia acuta, di dissociazione, o di *numbing* (rallentamento e intorpidimento delle reazioni) e, nei casi più gravi, dalla sindrome post-traumatica da stress. Le violenze di natura psicologica – scenate, minacce, segregazione in casa – possono scatenare gravi reazioni sul piano psicologico. A medio e a lungo termine, la conseguenza psicologica più frequente è la depressione: numerose ricerche mostrano che le donne maltrattate dal partner hanno un rischio di depressione 4/5 volte maggiore rispetto alle altre donne. Un'altra conseguenza dello stato di disperazione indotto nelle vittime dai maltrattamenti è il suicidio: uno studio francese su un campione di 7.000 donne, mostra che il rischio di un tentativo di suicidio aumenta di 19 volte nei mesi successivi un'aggressione fisica e di 26 volte in seguito a una violenza sessuale (De Marchi *et al.*, 2005; Romito *et al.*, 2008).

Purtroppo, ancora oggi, la violenza psicologica è un fenomeno che può rimanere a lungo sommerso, spesso confuso con il conflitto di coppia, nonostante, anche dal punto di vista legislativo, formi parte integrante del reato di maltrattamento intra-familiare. Pertanto, il personale di salute dovrà prestare particolare attenzione agli indicatori comportamentali/psicologici qualora sospettino di trovarsi di fronte ad una donna vittima di violenza di genere.

I principali indicatori psicologici e comportamentali per una corretta identificazione della donna che subisce violenza sono:

- riluttanza a parlare in presenza dell'accompagnatore, spesso lo stesso maltrattante, il quale solitamente si presenta in modo dispotico, iperprotettivo, controllante, con la tendenza a parlare e rispondere alle domande sostituendosi alla presunta vittima;
- atteggiamento contraddittorio ed evasivo;
- atteggiamenti evasivi incongrui;
- agitazione, stato d'ansia e paura non giustificati dalla situazione;
- sguardo fisso, apatia, mutismo ;
- depressione;
- senso di vergogna, di colpa o imbarazzo;
- cambi di umore repentini che rendono difficile relazionarsi ed entrare in empatia;
- rabbia, atteggiamento ostile;
- atteggiamento evasivo, che sfugge al contatto oculare o si sottrae al contatto fisico.

Indicatori fisici

La violenza fisica può determinare lesioni estremamente variabili, ematomi, ecchimosi, abrasioni, ferite, fratture, lesioni di organi interni, fino a disabilità permanenti e alla morte. Gli studi condotti suggeriscono che percentuali del 40-72% di tutte le donne che hanno subito un abuso fisico da parte del partner presentino lesioni a un certo punto della loro vita. Tali lesioni, tuttavia, non costituiscono la conseguenza fisica più comune dell'abuso da parte del partner; i disturbi funzionali sono più frequenti, si tratta di una serie di indisposizioni che spesso non presentano cause mediche individuabili, quali la sindrome dell'intestino irritabile, fibromialgie, disturbi gastrointestinali e diverse sindromi da dolore cronico. Gli studi collegano in modo sicuro tali disturbi con una storia di abuso fisico o sessuale. Le donne vittime di abuso patiscono anche, rispetto alle donne che non hanno subito abusi, un maggior numero di disturbi fisici e presentano un numero superiore di giornate passate a letto (Krug *et al.*, 2002).

Per quanto riguarda ematomi ed ecchimosi va precisato che la loro cromia varia nel corso del tempo: man mano che la lesione viene riassorbita, sulla superficie della pelle si possono osservare sfumature colorate differenti. Inizialmente appaiono rossastro-bluastrì; dopo 4-6 giorni sfumano al verde, dopo una settimana o una decina di giorni scoloriscono, fino ad assumere una tinta giallodorata. Le variazioni cromatiche delle ecchimosi nel corso del tempo sono utilissimi indizi per collocare cronologicamente l'azione contusiva violenta. Un'ecchimosi rossa indica un trauma

subito da poche ore, mentre un'ecchimosi giallastra denota un livido in via di guarigione. Importante la presenza di ematomi ed ecchimosi contemporaneamente presenti in diverse fasi cromatiche, come indicatore di violenza abituale.

Le ferite sono:

- lesioni cutanee più o meno profonde;
- abrasioni (lesioni superficiali della pelle causate da un trauma che colpisce di striscio la superficie del corpo, senza fuoriuscita di sangue);
- escoriazioni (lesioni superficiale della pelle con fuoriuscita di sangue);
- ferite da punta (provocate da oggetti appuntiti);
- ferite da taglio (provocate da oggetti taglienti, con bordi regolari), lacere (provocate da oggetti taglienti, con bordi irregolari, talora scollati) e lacero-contuse (provocate da oggetti taglienti, con bordi irregolari e con sottostante contusione).

A seconda del decorso, le ferite si distinguono in ferite acute e ferite croniche. Anche in questo caso il ritrovare cicatrici di pregresse ferite accanto a nuove lesioni è indice di violenza protratta nel tempo.

Circa il 40% delle lesioni fisiche correlate riguardano le regioni della testa, del collo e della faccia (Polimeni, 2011).

Di rilevante importanza sono anche gli indicatori radiologici di violenza domestica, primo tra tutti la discrepanza anamnestico-radiologica, dove l'entità delle lesioni è troppo grave rispetto all'evento traumatico descritto. Un altro punto importante nell'identificazione delle possibili spie di continui maltrattamenti è la presenza di vecchie e consolidate fratture insieme a nuove fratture, come segno radiologico di violenza abituale, ad esempio fratture costali in differenti fasi di consolidazione; oppure lesioni che suggeriscono un atteggiamento di difesa quali le fratture del lato ulnare dell'avambraccio o delle ossa metacarpali.

Particolare attenzione dovrà essere data anche agli indicatori fisici della violenza sessuale: infezioni genitali recidivanti, disturbi del ciclo mestruale, dolori pelvici o addominali diffusi e/o recidivanti senza spiegabile causa, infezioni alle vie urinarie recidivanti e disturbi alla minzione senza spiegabile causa. Lesioni vaginali o anali, condilomi nel retto, ematomi sul lato interno delle cosce o sulle braccia (segni di stretta, presa con violenza), lesioni al dorso (scapole, clavicole), malattie sessualmente trasmesse, gravidanze non desiderate, interruzioni di gravidanza spontanee e volontarie.

I principali indicatori fisici per una corretta identificazione della donna che subisce violenza sono:

- abrasioni, escoriazioni, soffusioni emorragiche, ematomi ed ecchimosi (in particolare *multi-stage*);
- lesioni alle braccia (segni di stretta, presa con violenza) e al lato esterno dell'avambraccio e al dorso della mano (lesioni da difesa), lesioni al dorso e alle articolazioni mani e piedi per essere state legate;
- impronte cutanee di corde, bastoni, fibbie, cinture, segni di strangolamento;
- ferite lacero-contuse, ferite da taglio, ferite da morso (con impronta a semi-cerchio) presenti su cranio, volto, collo, torace, addome, arti;
- ferite in zone corporee non tipicamente colpite a seguito di cadute o contusioni;
- lesioni al lobo dell'orecchio, lesioni nella zona di attaccatura dell'orecchio (per tirata delle orecchie);
- lesioni alle labbra (all'interno);
- ferite con impronte cutanee (es. profilo di una scarpa);
- fratture ossee (mandibola, zigomo, ossa nasali, costali); avulsioni e lussazioni dentarie;
- rottura del timpano, emorragie congiuntivali, sottocongiuntivali, retiniche, distacchi di retina (a seguito di percosse al volto);

- rottura di organi interni (milza, fegato);
- danni da ustione a stampo (ustione da sigaretta);
- perdita di capelli a ciocche (per strappo);
- contemporanea presenza di lesioni in molte parti del corpo; lesioni bilaterali, lesioni a stampo, lesioni multiple in vari stadi di guarigione che suggeriscono episodi traumatici avvenuti in tempi diversi;
- ferite inveterate mal cicatrizzate (può essere stato impedito alla paziente di curarsi);
- ferite in zone nascoste dagli abiti quando l'aggressore vuole tenere nascosta la violenza;
- problematiche ginecologiche (aborto/nascita prematura/basso peso neonatale alla nascita/bambino nato morto);
- disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali);
- dolore cronico;
- sintomatologia vaga e diffusa;
- malnutrizione.

Strumento per lo screening

La violenza di genere e nello specifico quella che si manifesta all'interno delle mura domestiche ha come effetto gravi costi fisici, emotivi e sociali sulle donne e questo deve spingere il personale di salute a chiedersi come poter individuare precocemente nella pratica clinica i segni del maltrattamento e/o dell'abuso sessuale attraverso l'utilizzo di screening validati.

Woman Abuse Screening Tool

Negli Stati Uniti è stato lanciato un programma di ricerca nel quale il Dipartimento della salute e dei servizi umani (Department of Health and Human Services, HHS) ha incaricato la United States Preventive Services Task Force (USPSTF), che è formata da un gruppo volontario indipendente di esperti nazionali nella prevenzione delle malattie e nella medicina basata sull'evidenza, di presentare un rapporto annuale al Congresso per identificare le lacune nei Servizi di prevenzione clinica e per individuare quali siano le aree prioritarie che meritano un ulteriore esame. È stato anche effettuato un programma di ricerca decennale a seguito del quale è stato stabilito che tutte donne in età riproduttiva devono essere sottoposte a screening per maltrattamenti domestici e abusi (inclusa la violenza sessuale). Tra gli strumenti raccomandati dalla USPSTF, ci sono alcune scale che indagano episodi di umiliazione, insulti, maltrattamento fisico e stupro. Uno di questi è il *Woman Abuse Screening Tool* (WAST).

Lo strumento, sempre attuale, è stato elaborato e validato da Judith Belle Brown del Centre for Studies in Family Medicine, Family Medicine, Schulich School of Medicine & Dentistry della Western University di London in Canada (Brown *et al.*, 1996).

Il WAST prevede 8 domande per la valutazione dell'abuso fisico e psicologico: le prime 2 domande nella forma breve (WAST-Short) e 6 domande successive.

Se la persona risponde alla domanda 1 con la risposta "Piena di tensione" e risponde alla domanda 2 con la risposta "Con grande difficoltà" si ha un punteggio sul WAST-Short di 6, che indica situazione di violenza e si può procedere con le restanti domande del WAST, che di fatto servono a delineare meglio il tipo di violenza subita.

Per l'intero WAST (8 voci comprese le domande 1 e 2), vanno sommati i punteggi delle risposte per ciascuno degli otto elementi; il punteggio WAST varia da 8 a 24. Per il WAST

completo, questo viene fatto in modo che i punteggi più alti riflettano la maggiore frequenza segnalata di esperienze di abuso. Di questo strumento sono state valutate le proprietà psicometriche

Nello schema seguente si riportano i quesiti del WAST con i relativi punteggi.

Woman Abuse Screening Tool (WAST)			
Domande	Punteggio		
	3	2	1
Versione Short			
1. In generale come descriveresti la tua relazione?	☐ piena di tensione	☐ è presente un po' di tensione	☐ non vi è nessun tipo di tensione
2. Tu e il tuo partner come risolvete le discussioni?	☐ con grande difficoltà	☐ con qualche difficoltà	☐ con nessuna difficoltà
Punteggio totale			
Versione completa			
	spesso	ogni tanto	mai
3. Le discussioni si concludono facendoti sentire mortificata o cattiva?	☐	☐	☐
4. Le discussioni si concludono con colpi, calci o spinte?	☐	☐	☐
5. Sei mai spaventata da quello che il tuo partner dice o fa?	☐	☐	☐
6. Il tuo partner ha mai abusato fisicamente di te?	☐	☐	☐
7. Il tuo partner ha mai abusato di te dal punto di vista emotivo?	☐	☐	☐
8. Il tuo partner ha mai abusato di te sessualmente?	☐	☐	☐
Punteggio totale			

Chi risulta positivo allo screening trae giovamento dall'invio per la presa in carico da parte di strutture specializzate, in grado di fornire supporto fisico, psicologico e legale. Lo screening non è indicato laddove si intervenga in contesti in cui non è possibile offrire supporto e protezione alla donna, in quanto il partner o convivente violento potrebbe diventare pericoloso per la vita stessa della donna. Ciò non esime il personale impegnato in area sanitaria e socio-sanitaria, dallo svolgere il proprio compito di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, di fronte a lesioni evidenti o ad abusi perseguibili d'ufficio, con denuncia alle autorità preposte, come riportato nel capitolo riguardante "Gli aspetti medico-legali e la normativa di riferimento".

Strumento per la rilevazione del rischio

L'esito più grave di maltrattamenti, abusi e violenza è la morte, che può essere causata direttamente dall'atto omicidiario o essere la conseguenza delle continue violenze psicologiche, fisiche e sessuali. Occorre, quindi, che il personale sanitario e socio-sanitario sia formato e in grado di valutare il rischio di re-vittimizzazione. Esistono, infatti, dei fattori di rischio all'interno della violenza di genere che, se individuati tempestivamente, potrebbero ridurre i casi di femminicidio. Da ricerche effettuate attraverso la lettura dei fascicoli giudiziari relativi ai casi di femminicidio, soprattutto nel mondo anglosassone, sono emerse delle correlazioni significative con caratteristiche riguardanti l'autore, il contesto di vita e le caratteristiche della relazione (Tabella 1). In molti contesti sanitari e assistenziali il tempo e le risorse che possono essere riservate alla gestione dei casi di violenza sono limitati, e le operatrici e gli operatori (così come le vittime stesse) spesso faticano a prendere in considerazione la rilevanza del rischio di re-vittimizzazione dopo un episodio di violenza.

Tabella 1. Caratteristiche degli uomini autori di violenza sulle donne e loro contesti di vita e relazione

Variabili	Caratteristiche
Autore di violenza	Si tratta di uomini che: - sono spesso socialmente svantaggiati (problemi economici, disoccupazione, differenti approcci culturali a seguito della migrazione); - sono vittime a loro volta, a seguito di abuso infantile; - hanno precedenti comportamenti violenti all'interno della relazione. È raro che vi siano casi di femminicidio non preceduti da minacce, aggressioni fisiche e/o sessuali; - considerano la partner una proprietà: parlare di proprietà, possesso, gelosia possessiva all'interno di una relazione intima implica il desiderio di un controllo esclusivo nei confronti della donna e un senso di diritto nell'esercitarlo; - posseggono armi; - hanno precedenti penali: avere precedenti penali significa aver infranto la legge, quindi non avere timore delle regole. Spesso i precedenti penali riguardano reati legati alla violenza; - accusano disturbi di salute mentale, disturbi di personalità. Studi italiani hanno analizzato la presenza, soprattutto nei casi di omicidio-suicidio, di disturbi psicopatologici, depressione (questo disturbo rappresenta una percentuale pari al 13,76% del totale dei casi analizzati da Merzagora-Betsos e Pleuteri nel 2005). - abusano di sostanze e/o alcol.
Contesti di vita	- inadeguatezza della rete dei servizi e della rete sociale/familiare: in molti casi di femminicidio la rete sociale e familiare era a conoscenza delle minacce e delle violenze, ma nessuno è intervenuto in modo adeguato a prevenire l'omicidio, per esempio rivolgendosi alle Forze dell'Ordine; - mancanza di Servizi sul territorio o difficoltà di accesso; - assenza di coordinamento delle risorse sul territorio: i casi di femminicidio hanno evidenziato come spesso la vittima fosse già conosciuta alle Forze dell'Ordine e ai Servizi sociali e del territorio, ma è mancata la comunicazione tra i diversi soggetti della rete. Talvolta, è la donna stessa che non denuncia o ritira la denuncia.
Relazione	- tipo di relazione: il rischio di femminicidio fra le donne più giovani è maggiore e lo è ancora di più quanto è più grande la differenza di età fra l'uomo e la donna; - violenza all'interno della coppia; - separazione; - stalking; - presenza di bambini nati da quella o da una relazione precedente può essere associata a un maggior rischio di femminicidio.

Danger Assessment e Danger Assessment 5

All'interno dello studio RAVE (*Risk Assessment Validation Evaluation*) condotto da Roehl e colleghi (Roehl *et al.*, 2005), 666 donne statunitensi sono state intervistate tra il 2002 e il 2004 per valutare l'accuratezza predittiva di strumenti esistenti per la valutazione del rischio di re-vittimizzazione: *Danger Assessment* (DA), *Mosaic, Domestic Violence Screening Instrument* (DVSI) e *Kingston Screening Instrument for Domestic Violence* (K-SID). Le donne sono poi state rivalutate al follow-up per rilevare il numero di violenze subite; su 400 donne che hanno partecipato a queste valutazioni longitudinali, il 14,9% ha subito violenze gravi o potenzialmente letali. Analizzando i dati ottenuti dalle valutazioni follow-up è stato rilevato che, tra tutti gli strumenti proposti, il DA ha mostrato la maggiore accuratezza predittiva. Il tempo necessario alla compilazione dei 20 *item* del DA rappresenta un ostacolo rispetto alla sua applicazione nei contesti sanitari (Snider *et al.*, 2009). Pertanto, sulla base dei risultati dello Studio RAVE, è stato sviluppato uno strumento di valutazione breve, ma in grado di identificare le vittime con elevato rischio di subire aggressioni gravi o potenzialmente letali da parte di partner attuali o passati, partendo dalla versione a 20 *item* del DA. Sono state condotte delle regressioni logistiche multiple per identificare gli *item* del DA più predittivi, permettendo lo sviluppo di una versione breve del DA, denominata DA5, composta da 5 *item*:

1. Gli episodi di violenza sono diventati più frequenti o di maggiore gravità negli ultimi 6 mesi?
2. Ha mai usato un'arma contro di lei, o l'ha mai minacciata con un'arma?
3. Pensa che lui sarebbe capace di ucciderla?
4. È mai stata percossa da lui mentre era incinta?
5. È geloso di lei in maniera costante e aggressiva?

La risposta positiva a tre domande ha una sensibilità del 83% (intervallo di confidenza al 95%= 70,6%-91,4%) e denota un rischio elevato.

Questo strumento rappresenta un valido aiuto nell'individuazione delle vittime di violenza con elevato rischio di re-vittimizzazione, permettendo l'attuazione di un intervento mirato e tempestivo. La donna va informata in relazione ai suoi diritti e agli strumenti legali di cui può disporre e in merito alla rete territoriale di supporto e protezione (Centri antiviolenza, Servizi sociali, Forze dell'ordine, Consulitori, ecc.) nonché aiutata nella ricerca dei mezzi più appropriati per la sicurezza sua (dei figli e delle figlie, se presenti), nel caso emerga la necessità di allontanarsi dal partner maltrattante. È, quindi, importante riconoscere eventuali indici di *escalation* della violenza attraverso l'utilizzo di uno strumento come il DA5, al fine di valutare con la donna il grado di rischio al quale va incontro, qualora decida di restare con il partner violento.

Segni, sintomi e indicatori della violenza in gravidanza

La violenza rivolta verso una donna in gravidanza è un problema di salute pubblica rilevante, ancora troppo sottovalutato e occultato, che incide sulla salute fisica e psicologica della donna, del feto e del neonato. Difficilmente si pensa a un legame tra due termini – violenza e gravidanza – comunemente considerati molto distanti tra loro. È, infatti, diffuso lo stereotipo secondo cui la gravidanza abbia una funzione protettiva rispetto alla violenza. Tuttavia, i dati smentiscono tale realtà. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) stima che nel mondo 1 donna su 4 sia stata vittima di una forma di violenza in gravidanza (WHO, 2021).

Per quanto riguarda l'Italia, l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) evidenzia che circa il 10% delle donne ha subito violenze dal partner anche durante la gravidanza e, per il 70% di queste, l'intensità della violenza è aumentata (11%) o comunque, non è diminuita (58%). Il 6% delle

donne riporta l'inizio della violenza proprio nel periodo della gravidanza (ISTAT, Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Pari Opportunità, 2015). Si tratta di dati probabilmente sottostimati in quanto la donna è ancora più restia a denunciare la violenza subita dal partner durante la gestazione. Inoltre, diversi studi evidenziano come anche episodi di violenza e abuso sessuale subiti in passato, non sufficientemente e psicologicamente trattati, si attivano in gravidanza o durante il parto. Tra i fattori di rischio ritroviamo la gravidanza indesiderata, la giovane età (per le donne tra i 16 e i 19 anni il rischio aumenta di circa 2 volte), l'isolamento dalla famiglia d'origine, le scarse relazioni sociali e non in ultimo, una violenza precedente.

La violenza può essere determinata dal fatto che, in gravidanza, la donna è vista come maggiormente vulnerabile, meno autonoma sia dal punto di vista emotivo che finanziario e ciò può essere vissuto dal partner come un'opportunità per esercitare un maggiore controllo. Diversi elementi sono da tenere in considerazione in caso di violenza domestica in gravidanza come: l'uso di alcol da parte del partner, il sospetto di infedeltà oppure vedere il bambino come un intruso nella relazione di coppia, l'intensificazione di conflitti preesistenti, aggravati dalla ridefinizione dei ruoli che la nascita di un figlio porta inevitabilmente con sé (Jasinski, 2004).

La violenza si esprime in diversi modi e oltre che fisica (l'atto è rivolto maggiormente al ventre, genitali e al seno) può essere psicologica. Essa si manifesta con la mortificazione e l'indifferenza rispetto ad un corpo che si modifica e per questo potenzialmente ritenuto meno attraente, nella limitazione delle scelte che riguardano le cure pre- e perinatali o il parto e l'obbligo ai rapporti sessuali.

La violenza in gravidanza ha una maggiore rilevanza in quanto i soggetti coinvolti sono due: la madre e il bambino e su entrambi ha importanti conseguenze:

- *Sulla madre*: il rischio di morte aumenta di 3 volte e, secondo l'Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), le violenze domestiche sono la seconda causa di morte in gravidanza, dopo l'emorragia, per le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni (Dubini *et al.*, 2004). La violenza può associarsi a malattie sessualmente trasmissibili. A causa dello stato di depressione e a cause post-traumatiche si ha un aumento delle complicazioni in gravidanza e nel parto. Inoltre, le donne vittime di violenza si recano con meno regolarità ai controlli prenatali
- *Sul feto*: indirettamente, il trauma all'addome materno può portare a parto prematuro, rottura delle membrane, distacco di placenta e nel peggiore dei casi, a morte fetale. Inoltre, è stata riscontrata una correlazione tra violenza in gravidanza e rischio di violenza con i figli da parte del partner. Il feto, spesso, è l'obiettivo diretto dell'attacco e ne subisce accidentalmente le conseguenze a cominciare dagli effetti dello stato psicologico di terrore sperimentato dalla madre. La violenza incide, quindi, non solo sulla salute fisica e psicologica della donna ma anche su quella del feto e del neonato.

È stato visto che vi è una forte associazione fra la depressione prenatale e la probabilità che le donne siano colpite da violenze domestiche: alcuni studi hanno mostrato che le donne che avevano subito gravi violenze psicologiche e sessuali da parte di partner nei 12 mesi precedenti avevano una maggiore probabilità di soffrire di sintomi depressivi durante la gravidanza (Kastello *et al.*, 2016); inoltre, si è dimostrato come esista una probabilità da 3 a 5 volte maggiore della norma che le donne con sospetta depressione durante la gravidanza abbiano subito violenze domestiche in età adulta, anche durante la gravidanza in corso. Allo stesso modo, si è rilevato come la gravità dei sintomi della depressione post-natale sia associata non solo alla durata della violenza (se perpetrata nel tempo o meno), ma anche al maggior rischio di subire successive aggressioni da parte del partner. Violenza e depressione *post partum* sono spesso collegate e, in quanto causa di sofferenza per la donna, implicano anche gravi conseguenze per il bambino.

I Servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, in particolar modo quelli dedicati al percorso nascita, rappresentano spesso un primo contatto per la donna con personale della salute. I Servizi sanitari costituiscono un grande potenziale, in quanto le donne hanno l'occasione di accedervi più facilmente e regolarmente in questo momento delle loro vite. La gravidanza, quindi, può rappresentare un'opportunità per svelare una situazione di abusi e maltrattamenti. La maggior parte delle donne segue un programma di controlli prenatali ed ha ripetute occasioni di entrare in contatto con il Servizio Sanitario Nazionale e con le operatrici e gli operatori con i quali si crea facilmente un rapporto di confidenza e di fiducia; inoltre, il timore delle possibili conseguenze per il bambino spinge la donna ad aprirsi con maggior facilità.

È, quindi, questo un momento decisivo per il personale sanitario per accogliere la donna che vive la gravidanza sotto la minaccia di violenze, attivare la rete, indirizzando la donna ai Servizi presenti sul territorio. Al contempo, è necessario prestare particolare attenzione ad alcuni indicatori clinici, tra i quali:

- iperemesi gravidica, algie pelviche e infezioni del tratto urinario che si associano frequentemente all'abuso;
- tendenza della donna, qualora si renda necessario un ricovero, anche per patologie sfumate e scarsamente definibili, a rimanere più a lungo possibile in ospedale rimandando la dimissione;
- presenza di infezioni sessualmente trasmissibili, inclusa l'infezione da hiv, esacerbazione di malattie croniche quali il diabete e l'ipertensione, a causa dello stress legato al trauma, a depressione e altra patologia della salute mentale, tra l'altro con difficoltà ad abbandonare l'uso di farmaci talora controindicati in gravidanza;
- gravidanze indesiderate o misconosciute e ritardo nelle cure prenatali: si calcola che una buona percentuale di donne abusate arrivi alla prima visita nel 2-3° trimestre, ed è comunque riscontro comune che alcuni controlli non vengano effettuati o che alcuni appuntamenti vengano dimenticati;
- aborti volontari hanno maggiore incidenza in donne sottoposte a violenza;
- comportamenti a rischio come fumo abituale, uso di alcolici e assunzione di farmaci psicotropi o sostanze d'abuso, così come può essere presente un'associazione con epilessia, asma e ridotto incremento ponderale del feto;
- aumentata incidenza di minaccia di aborto e di aborto, in particolare poli abortività, con numero di eventi negativi proporzionale alla gravità dell'abuso;
- rottura d'utero, distacco di placenta, parto pretermine, morte fetale, corionamniosite e preeclampsia sono altre patologie che risultano variamente associate alla violenza domestica.

Segni, sintomi e indicatori della violenza sulle donne anziane

Al 60° Congresso della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), che si è tenuto a Napoli dal 25 al 28 novembre 2022, è stato dichiarato che 2,5 milioni di italiane over 65 ogni anno sono vittime di abusi, violenze o truffe. Inoltre, i maltrattamenti nei loro confronti (fisici, psicologici o verbali) risultano aumentati del 150% in 10 anni.

L'Europa è il continente con il più alto indice di invecchiamento nel mondo e l'Italia è uno dei Paesi più vecchi, attestandosi al secondo posto solo dopo la Germania. Le donne anziane in Italia sono oltre 7 milioni e costituiscono il segmento più vulnerabile della popolazione, sono doppiamente fragili per età e per genere, e gli abusi nei loro confronti sono in costante e

preoccupante crescita, ma restano un fenomeno sottostimato e poco conosciuto. Nel nostro Paese la popolazione anziana è soprattutto caratterizzata da una maggiore prevalenza di persone di sesso femminile, disabili, con scarso reddito e supporto sociale, tutte caratteristiche che identificano in egual modo i soggetti più a rischio di abuso.

Oltre 600mila subiscono truffe finanziarie, 25mila delle 210mila anziane che vivono in strutture sanitarie sono vittime di violenze verbali e fisiche, ma la maggior parte di abusi e maltrattamenti avviene soprattutto fra le mura domestiche: in due terzi dei casi i responsabili sono membri della famiglia, come il coniuge, figli e nipoti, seguiti da badanti, vicini di casa, personale di salute. Si ritiene che il sommerso di casi che non vengono riferiti o denunciati sia almeno quattro volte più ampio. Il 65% degli anziani vittime di abusi è donna, e spesso si tratta di persone con più di 75 anni. Infatti, le donne sono le più esposte per molteplici fattori di debolezza e povertà che riguardano l'abitazione, il reddito, la riduzione delle cure che vengono loro dedicate ed è in questo quadro che si verifica un abuso quasi sempre nascosto. Le anziane, infatti, vivono le fragilità della terza e quarta età con redditi spesso modesti, restano più spesso vedove e sole, inoltre hanno più difficoltà nel difendersi e chiedere aiuto e sono meno consapevoli dei loro diritti e, qualora li conoscano, meno pronte a rivendicarli. Diverse sono le ragioni che portano alla non segnalazione degli eventi: il timore di essere spostata o allontanata dal proprio ambiente familiare, che nelle donne in particolar modo rappresenta l'allontanamento dal proprio mondo di una vita; il giustificare le condotte crudeli ritenute dalla stessa vittima come meritate; l'impossibilità materiale delle donne anziane di denunciare tali episodi per disabilità, nonché isolamento; la tendenza del personale socio-sanitario a considerare poco attendibili le segnalazioni sperte.

Sul territorio vanno valutati tutti gli indicatori che si riferiscono al fenomeno della violenza sulle donne anziane. La WHO definisce l'abuso sugli anziani come un'azione singola, o reiterata, o una mancanza di un'azione appropriata, che avviene all'interno di qualsiasi relazione in cui si sviluppa un'aspettativa di fiducia e che causa danno o dolore alla persona anziana. Identificando non solo l'abuso fisico, ma anche quello psicologico, sessuale, finanziario, farmaceutico, nonché l'abbandono e la trascuratezza (WHO, 2013b; WHO, 2024). Gli studi sul fenomeno della violenza di genere considerano una fascia d'età che va dai 18 ai 60 anni, al massimo fino ai 70 anni, come nel caso dell'ISTAT. Questo esclude la donna oltre i 70 anni come probabile vittima di violenza di genere. La donna, ultrasettantenne se abusata, rientrerà nei dati sul fenomeno dell'abuso degli anziani, come se dopo una certa età il fattore genere non sia importante. Sappiamo, invece, che la somma di più fragilità, (es. livelli bassi di scolarizzazione, alti tassi di disoccupazione, presenza di disabilità cognitiva nonché fisica, origini straniere) comporta un doppio/triplo rischio di subire violenza.

Nella violenza di genere sulle donne anziane possiamo distinguere varie forme di abuso con i relativi indicatori, come di seguito sintetizzato nella Tabella 2.

Ciascun tipo di abuso può essere intenzionale o non intenzionale. La poli-vittimizzazione (concomitanza di molteplici tipi di abuso) è ricorrente e di solito diventa più frequente e grave nel tempo. Le segnalazioni di abusi e maltrattamenti sugli anziani sono aumentati durante la pandemia da COVID-19, probabilmente, a causa della maggiore vulnerabilità delle vittime e di un più gran numero di fattori di stress nonché di fattori scatenanti riguardanti i maltrattanti, a seguito dell'isolamento sociale, di difficoltà finanziarie, di disturbi mentali.

Esistono fattori di rischio specifici, sia relativi alle condizioni della donna anziana che subisce una violenza, sia concernenti l'abusante o maltrattante.

I principali fattori di rischio della donna anziana sono:

- compromissione dovuta a patologie croniche;
- compromissione funzionale;
- deterioramento cognitivo; difficoltà a comunicare;
- isolamento sociale.

Tabella 2. Tipologia di abuso sulle donne anziane e indicatori

Tipologia di abuso	Indicatori
Psicologico: modalità relazionale che provoca sentimenti di colpa, impotenza, vergogna e disperazione, minacce di abbandono, umiliazione, isolamento, controllo	Atteggiamento scusante, remissivo, timoroso e insicuro, pianti improvvisi, difficoltà nei ritmi di vita, sonno/veglia e nel mangiare, agitazione, apatia, gesti autolesivi, presenza di disturbi psico-somatici, regressioni non legati a demenza ecc.
Fisico: oltre ad azioni quali colpire, bruciare, ferire, legare, graffiare, costringere a mangiare, a bere, a restare a letto include la contenzione fisica (sponde per letto, bracciali di immobilizzazione, cintura inguinale per sedia) e farmacologica (sedazione) se non valutata e prescritta ai fini di protezione, ecc.	Frequenti accessi a diversi Servizi sanitari, ematomi in diversi stadi, segni di lividi simmetrici in punti di costrizione (polsi, interno coscia, braccia), precedenti lesioni e fratture non trattate, sospette bruciature (di sigaretta, acqua bollente, elettrodomestici), cadute incompatibili con lo stato della persona, tagli e abrasioni, perdite di sangue da naso, bocca, orecchie, danni al cuoio capelluto, ecc.
Sessuale: caratterizzato da abuso fisico, ma anche molestie verbali, contatto sessuale non consensuale	Presenza di perdite, dolore, irritazione nelle zone vaginali e anali, ecchimosi interno cosce e pelvi, difficoltà a stare seduti o a camminare, rifiuto improvviso di farsi aiutare nell'igiene o farsi vedere spogliati, comportamenti provocatori, ambivalenti sul piano sessuale, non riscontrati precedentemente, infezioni sessualmente trasmissibili, ecc.
Abbandono, negligenza, trascuranza: assenza di assistenza quotidiana o inadeguatezza delle cure primarie (nutrizione, idratazione, igiene e mobilizzazione) e dell'ambiente di vita, ignorate esigenze mediche e fisiche, mancato accesso a servizi sanitari, sociali, educativi, ecc.	Mancanza o limitati beni di prima necessità come acqua, alimenti, riscaldamento; trascuratezza nell'igiene personale, assenza di ausili necessari, abbigliamento non adeguato alla stagione e non decoroso, presenza di feci/urina nel vestiario/biancheria da letto, presenza di sporcizia e insetti/animali, ambiente mal odorante. Sul piano fisico: presenza di piaghe non da decubito, reazioni cutanee, deperimento repentino/disidratazione, comportamenti apatici/aggressivi/stati di ansia/confusionali, interventi infermieristici inappropriati o assenti.
Economico-finanziario: utilizzo improprio e non autorizzato del denaro, di beni di valore e delle proprietà, senza reale consapevolezza o consenso della persona anziana	Prelievi di denaro importanti e frequenti, non motivati da spese, firme per contratti con finanziarie, mutui, atti, procure, testamenti non promossi dalla persona anziana, uso non consensuale del bancomat per acquisti/contanti destinati ad altri all'insaputa dell'anziana, scomparsa di oggetti di valore, compensi per assistenza sproporzionati, abuso della delega, sfruttamento ecc.
Farmaceutico: iperdosaggio di farmaci o privazione di medicinali necessari, somministrazione di cure che causano peggioramento o alterano lo stato di vigilanza e lucidità della persona. Contenzione farmacologica	Richieste da parte dei <i>caregiver</i> di prescrizioni improprie, presenza di scompensi non spiegabili dalla malattia, repentino cambiamento sul piano del movimento o della lucidità dell'anziana ecc.
Discriminatorio: legato all'ageismo e basato sulla disabilità della persona, molestie, insulti ecc.	Comportamenti abusanti legati ad una particolarità esistenziale della persona anziana
Istituzionale: abusi derivanti dalle residenze sanitarie-assistenziali	Bassi standard di cura, routine rigide, risposte inadeguate ai bisogni complessi, turnover delle operatrici e degli operatori, personale scarsamente formato, spersonalizzazione ecc. (Rudatis, 2020)

Per la persona abusante o maltrattante i fattori che possono aumentare il rischio di agire comportamenti violenti sono:

- utilizzo di sostanze stupefacenti;
- disturbi psichiatrici;
- anamnesi positiva per violenza;
- stress;
- dipendenza dalla vittima (comprese le modalità di convivenza).

L'abuso sulle donne anziane è difficile da rilevare, poiché molti dei segni sono sfumati e spesso la stessa persona, malgrado subisca abusi e maltrattamenti, è poco propensa o incapace di far emergere quanto accade loro, tacendo per la vergogna, la paura di rappresaglie o il desiderio di proteggere l'aggressore che nella maggior parte dei casi è colui che le assiste. Talvolta, anche quando le donne anziane che subiscono violenza cercano aiuto, ricevono risposte inadeguate dal personale di salute, che può, per esempio, attribuire tali manifestazioni a confusione, paranoia o demenza.

L'isolamento sociale delle persone anziane spesso rende difficile scoprire forme di violenza, aumentandone l'isolamento, poiché chi abusa spesso limita l'accesso al mondo esterno, per esempio negando visite e telefonate. A ciò si aggiunge che i segni dell'abuso sulla persona anziana possono essere attribuiti, erroneamente, alla malattia cronica (es. la frattura dell'anca attribuita all'osteoporosi).

Pertanto, il personale sanitario e socio-sanitario deve prestare particolare attenzione ad alcune situazioni cliniche indicative di abuso, quali:

- ritardo tra un infortunio o malattia e la richiesta di intervento medico;
- incongruenze nei racconti della donna anziana e del *caregiver*;
- gravità degli infortuni non compatibile con la spiegazione fornita dal *caregiver*;
- spiegazione non plausibile o vaga dell'infortunio da parte della donna anziana o del *caregiver*;
- frequenti accessi al Pronto Soccorso per le riacutizzazioni di una malattia cronica, nonostante la presenza di un piano di cure appropriato e risorse adeguate;
- assenza del *caregiver* quando una donna anziana, funzionalmente compromessa, si presenta dal medico;;
- incompatibilità tra gli esami di laboratorio e l'anamnesi;
- riluttanza del *caregiver* nell'accettare assistenza sanitaria domiciliare (visita di un infermiere) o nel lasciare la donna anziana da sola con il personale di salute.

Nella prevenzione della violenza sulle donne anziane, il personale sanitario e socio-sanitario ha un ruolo cruciale. A tal fine, è indispensabile che venga fatta un'adeguata anamnesi e valutazione clinica, soffermandosi anche sui rapporti con i familiari e sulla situazione sociale e domestica con lo scopo non solo di individuare eventuali forme di abuso ma anche di prevenirle valutando l'esistenza di fattori di rischio, quali per esempio lo stress del *caregiver* o situazioni economiche precarie. In seconda istanza è necessario un accurato e dettagliato esame fisico, rilevando la natura di lesioni in diversi stati di cicatrizzazione, o la presenza di malnutrizione, disidratazione e scarsa igiene, senza trascurare la qualità del rapporto con il *caregiver* nonché lo stato mentale, in quanto la demenza rappresenta un fattore di rischio importante.

Bibliografia

Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med.* 1996 Jun;28(6):422-8.

- De Marchi M, Romito P, Ciociano Bottaretto R, Tavi M, Molzan Turan J. Violenza domestica e salute mentale delle donne. Una ricerca sulle pazienti di Medicina Generale. *SIMG* 2005;4:24-7.
- Dubini V, Curiel P. La violenza come fattore di rischio in gravidanza. *Risveglio Ostetrico* 2004;1(1/2):20-30. Disponibile all'indirizzo: https://www.aogoi.it/media/1577/pp20_30.pdf; ultima consultazione 5/4/2025.
- Heritier F. *Sulla violenza*. Roma: Meltemi; 1997.
- Herman JL. *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Magi Edizioni; 2005.
- ISTAT, Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Pari Opportunità. *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files//2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf; ultima consultazione 05/04/2025.
- 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 30-01-2018.
- Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004 Jan;5(1):47-64. doi: 10.1177/1524838003259322.
- Kastello JC, Jacobsen KH, Gaffney KF, et al. Predictors of depression symptoms among low-income women exposed to perinatal Intimate Partner Violence (IPV). *Community Ment Health J*. 2016;52:683-90. doi: 10.1007/s10597-015-9977-y.
- 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://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf; ultima consultazione 05/04/2025. Traduzione italiana a cura di Fossati E - Quaderni di sanità pubblica - *Violenza e salute nel mondo*. Milano: CIS Editore srl; 2002. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_ita.pdf;sequence=5 ultima consultazione 05/04/2025.
- Merzagora Betsos I, Pleuteri L. *Odia il prossimo tuo come te stesso - L'omicidio-suicidio a Milano e Provincia*. Milano: Franco Angeli; 2005.
- Polimeni A. *Violenza di genere e traumatologia maxillo-facciale*. Roma: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/117634_antonella-polimeni.pdf; ultima consultazione 18/04/2025.
- Roehl J, O'Sullivan C, Webster D, Campbell J. *Intimate partner violence risk assessment validation study, final report*. Washington, DC: US Department of Justice; 2005.
- Romito P, De Marchi M, Gerin D. *Le conseguenze della violenza sulla salute delle donne*. Firenze: Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie; (1)2008. Disponibile all'indirizzo: https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2008/03_2008/9.pdf; ultima consultazione 18/04/2025.
- Rudatis SF. *L'Assistente Sociale e la violenza contro le donne over 65*. I luoghi della cura: 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.luoghicura.it/operatori/professioni/2020/09/lassistente-sociale-e-la-violenza-contro-le-donne-over-65/>; ultima consultazione 18/04/2025.
- Snider C, Webster D, O'Sullivan CS, Campbell J. Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2009;16(11):1208-16.
- 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; 2013a. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1; ultima consultazione 05/04/2025.

WHO. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guideline*. Geneva: World Health Organization; 2013b. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO_RHR_13.10_eng.pdf?sequence=1; ultima consultazione 05/04/2025.

WHO. *Violence against women 60 years and older: data availability, methodological issues and recommendations for good practice*. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376338/9789240090996-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 05/04/2025.

RILEVAZIONE DELLA VIOLENZA ASSISTITA DA MINORI

Battista Giovanna De Luca (a), Maria Grazia Foschino Barbaro (b), Annalisa Loconsole (c)

(a) *già Prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i minori, ASL Lecce, Lecce*

(b) *Gruppo di lavoro per il Coordinamento della Rete dei Servizi per il contrasto della Violenza all'Infanzia, Regione Puglia, Bari*

(c) *Associazione italiana Scuola Psicoterapia Cognitiva, Bari*

Per rilevare la violenza assistita da minori è importante riconoscerla poiché spesso non ci sono segni visibili da individuare ma ferite profonde riferibili ad una sofferenza psicologica, che richiede un approccio esplicativo, non solo descrittivo, per comprendere pienamente la complessità dei significati profondi di questa esperienza.

Un primo passo per rilevare questa condizione è considerare la presenza di figlie e figli nelle situazioni di violenza domestica e ricercare i segnali di malessere dei minori.

Essere esposti alla violenza assistita può determinare alterazioni ma anche danni allo sviluppo di competenze cognitive, emotive, comportamentali e relazionali (Pallini *et al.*, 2023). I figli possono sperimentare una sofferenza che può esprimersi attraverso intensi e diversificati sentimenti: paura e angoscia, impotenza, confusione e disorientamento, ma anche colpa, invisibilità e rabbia.

La violenza, soprattutto se protratta nel tempo, può generare sintomi internalizzanti, quali ansia, depressione, equivalenti somatici, ma anche sintomi esternalizzanti quali oppositività, aggressività, agitazione psicomotoria.

La condizione psicologica può tuttavia configurarsi in diversi quadri psicopatologici, ma anche influenzare lo sviluppo in senso traumatico con gravi ripercussioni sulla rappresentazione di Sé, degli altri e della relazione con l'ambiente. Il trauma psicologico interpersonale e cumulativo si manifesta attraverso una costellazione sintomatologica complessa, espressione delle diverse dimensioni danneggiate dello sviluppo.

Un adeguato percorso di riconoscimento della condizione di violenza assistita, pertanto deve comprendere:

- la tempestiva valutazione del grado di rischio e della pericolosità nonché letalità fisica e/o mentale per minori che vi assistono, in modo da attivare interventi protettivi e riparativi adeguati. Tale valutazione dipende dall'individuazione di alcuni indicatori che possono caratterizzare le differenti situazioni, quali: caratteristiche degli atti di violenza, aspetti psico-socio-comportamentali dello stato di salute dei componenti del nucleo coinvolti, presenza di fattori di rischio e di protezione nel contesto socio-relazionale della famiglia;
- l'identificazione dei meccanismi di difesa da parte dei componenti della famiglia, tra i quali: negazione, minimizzazione, normalizzazione, razionalizzazione.

L'alterazione o il danno dello sviluppo della/del minore vittima di violenza assistita, può essere rilevato attraverso differenti indicatori, come di seguito presentato nella Tabella 1.

Il malessere di minori che assistono alla violenza, quindi, può coinvolgere diverse aree dello sviluppo presentando manifestazioni apparentemente incongruenti a seconda della fase evolutiva della persona minorenni. Nel primo anno di vita, ad esempio, essendo privilegiato il piano senso-motorio si potranno rilevare una disorganizzazione senso-motoria e una mancata regolazione dei ritmi biologici, problemi sfinterici, comportamento sottomesso, insensibilità agli stimoli.

Tabella 1 Indicatori e caratteristiche di alterazione o di danno dello sviluppo di minori vittime di violenza assistita

Indicatori	Caratteristiche
Comportamentali	- Disregolazione comportamentale - Eccessiva richiesta di attenzione attraverso comportamenti sia positivi che negativi - Ipervigilanza, collera nonché aggressività - Comportamenti dirompenti - Isolamento sociale
Relazionali	- Difficoltà interpersonali e nella sintonizzazione emotiva con i pari - Scarsa comprensione degli stati propri e altrui - Incapacità di comunicare emozioni, desideri e bisogni - Tendenza alla prevaricazione e all'utilizzo dell'aggressività nelle relazioni - Passività, ritiro, isolamento sociale in classe o nei momenti ricreativi - Estrema familiarità e adesività nei confronti degli estranei - Mancanza di fiducia nelle relazioni
Emotivi	- Mancato riconoscimento e verbalizzazione delle emozioni - Adultizzazione, eccessiva responsabilizzazione - Emozioni di vergogna, rabbia, colpa, paura senza sbocco - Improvvisi e repentini cambi di umore - Ottundimento emotivo
Cognitivi	- Mancata regolazione dell'attenzione - Ridotte competenze linguistiche - Difficoltà nell'elaborazione degli stimoli - Problematiche negli apprendimenti - Dissociazioni dello stato di coscienza
Della salute fisica	- Analgesia - Disturbi del sonno, incubi notturni - Somatizzazione e problematiche mediche - Disturbi dell'immagine corporea

Dopo il primo anno, si potrebbero verificare comportamenti di attacco e fuga, inibizione dell'esplorazione, precoce cura di sé. Nelle bambine e nei bambini più grandi si potrebbero osservare: comportamenti regressivi, comportamenti autolesivi, crudeltà verso gli animali, aggressività, iper-allarme, scarse abilità prosociali.

Fattori di rischio e fattori di protezione

Per comprendere i processi di sviluppo psicologico delle persone minorenni che vivono in ambienti segnati dalla violenza, va considerata l'interazione e il bilanciamento tra caratteristiche individuali e circostanze ambientali sfavorevoli da un lato e favorevoli dall'altro, ossia tra i fattori di rischio e i fattori protettivi che orienteranno le traiettorie evolutive in senso adattivo o disadattivo, in base all'eventuale squilibrio fra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili per fronteggiare le avversità. Di seguito sono indicati i fattori di rischio che accrescono la suscettibilità alla violenza, secondo il modello ecologico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO):

- *Fattori individuali*: racchiudono variabili biologiche, come età e sesso, oltre che attinenti alla storia personale. Tali fattori possono riguardare:

- la bambina, il bambino, l'adolescente (gravidanza rifiutata, bisogni speciali, temperamento difficile, malattie fisiche o disabilità alla nascita, problematiche comportamentali quali ad esempio iperattività o impulsività);
 - gli adulti che se ne prendono cura (gravidanza difficile o non desiderata, complicazioni alla nascita, senso di delusione nei confronti del bambino, scarsa qualità educativa, coinvolgimento in attività criminali, psicopatologie, scarse capacità empatiche, impulsività, mancanza di tolleranza alla frustrazione, maltrattati a propria volta durante l'infanzia, mancanza di consapevolezza dello sviluppo di un bambino, aspettative irrealistiche nei suoi riguardi, adozione di comportamenti inappropriati, violenti, nonché punitivi, approvazione e uso di punizioni corporali, isolamento sociale).
- *Fattori relazionali*: si possono ricondurre alle relazioni con la famiglia, amici e partner: mancanza di relazione padre-figlio, separazioni, isolamento nella comunità, mancanza di rete di supporto, mancanza di sostegno per l'educazione dei figli, coinvolgimento in attività violente o criminali, violenza nella famiglia tra genitori.
 - *Fattori attinenti alla comunità*: tollerabilità alla violenza, disuguaglianze di genere, alti livelli di disoccupazione, povertà, vicinato che cambia spesso, commercio locale di droga, facile reperibilità di alcol.
 - *Fattori attinenti alla socialità*: politiche economiche, sociali sanitarie ed educative che danno luogo a standard di vita poveri, norme sociali e culturali che esaltano la violenza verso altri, che richiedono ruoli di genere rigidi (WHO, 2006).

L'attenzione è focalizzata anche sui *fattori di resilienza* che consentirebbero di ridurre l'impatto della violenza, quali ad esempio l'attaccamento stabile ad un membro adulto della famiglia, relazione calorosa e di supporto con un genitore non offensivo, senso di competenza di un genitore nell'educazione, modalità di *coping* più o meno sviluppate ed efficaci, sia da parte della madre che da parte dei figli, *self efficacy* (convinzione di un individuo nelle sue capacità di riuscire), capacità dei genitori di identificare e assicurarsi risorse e servizi utili del territorio. Fattori protettivi sono anche le risorse individuali e sociali quali rispettivamente elevata intelligenza, estroversione, autostima nonché autoefficacia, reti sociali e familiari nel contesto di vita (Milani *et al.*, 2020).

Bibliografia

- Milani L, Miragoli, S, Grumi, S, Di Blasio P. A multi-method assessment of risk and protective factors in family violence: comparing italian and migrant families. In: Balvin N, Christie DJ (Ed.). *Children and peace for research to actions*. Marion, OH: Springer; 2019. p. 3-24. Disponibile all'indirizzo: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-22176-8_1; ultima consultazione 5/04/2025.
- Pallini S, Goffredo M, Foschino Barbaro MG. *Al riparo dalla violenza assistita: piccoli passi per promuovere la resilienza nelle strutture di accoglienza*. Bari: Regione Puglia; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.puglia.it/documents/63821/4765145/Opuscolo+definitivo+con+Copertina+-+Al+Riparo+dalla+violenza+assistita.pdf/34ec026c-3a70-a28f-363d-0082041439f2?t=1677675245172>; ultima consultazione 05/04/2025.
- World Health Organization. *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*. Geneva: WHO; 2006. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf?sequence=3; ultima consultazione 05/04/2025.

PRINCIPALI EFFETTI DELLA VIOLENZA SULLA SALUTE PSICO-FISICA-SOCIALE DELLE DONNE

Giusy Barbara (a), Emanuele Fanales Belasio (b), Laila Giorgia Micci (a), Claudio Pagliara (c)
(a) *Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore
Policlinico Mangiagalli, Milano*
(b) *Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
(c) *Azienda USL Toscana Sud Est, Arezzo*

Le conseguenze della violenza sono profonde e vanno ben oltre la salute della donna, condizionando il benessere di intere comunità. Donne con storie di violenza di genere riportano spesso una bassa autostima e una minore capacità a partecipare alla vita sociale, in alcune situazioni non riescono ad occuparsi adeguatamente delle figlie e dei figli o non sono in grado di 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 (Campbell, 2002; Barbara *et al.*, 2020). In questo capitolo sono analizzati nel dettaglio gli effetti della violenza di genere sulla salute psico-fisica delle donne e su quella di minori, che assistono a violenze e ne subiscono gli effetti.

Conseguenze della violenza sessuale

Conseguenze psico-sociali della violenza sessuale

La violenza sessuale ha profonde conseguenze sulla salute psichica delle donne che la subiscono. Nella violenza sessuale l'immagine di sé viene alterata e le donne sperimentano un senso di frammentazione del proprio corpo, della propria anima, della propria femminilità. Molti fattori influenzano le risposte individuali al trauma e le conseguenti reazioni psicologiche; in particolare riveste estrema importanza la modalità con cui si è consumata la violenza e la relazione con l'aggressore. Per esempio, lo stupro di gruppo ha un grado elevatissimo di umiliazione per la donna e le conseguenze del trauma sono molto gravi anche a distanza di anni. Anche la violenza sessuale da un partner o ex partner o da una persona conosciuta, contrariamente a quanto si pensi, ha un grado di lesività maggiore che una violenza sessuale da parte di uno sconosciuto. Le donne che subiscono una violenza sessuale da parte di persone conosciute presentano una difficoltà maggiore nel ricominciare ad avere relazioni intime, sentono di non potersi più fidare del proprio giudizio, pensando di aver sbagliato a fidarsi del partner o conoscente.

La violenza sessuale da sconosciuti è un evento episodico, puntiforme. Rappresenta un trauma importante, ma le conseguenze, per quanto drammatiche, appaiono meno severe di una violenza ripetuta, come può accadere nel caso in cui ad esercitarla sia il partner. Lo stupro coniugale, per esempio, data la stretta e intima relazione tra donna e aggressore, tende a presentarsi non già come un fenomeno isolato, ma reiterato nel tempo e associato ad altre forme di violenza poiché, spesso, è inserito all'interno di un più generale clima di violenza fisica, psicologica ed economica. Le conseguenze di questa violenza sono sovrapponibili a quelle della violenza sessuale ma aggravati

dalla reiterazione. Le donne spesso per evitare l'*escalation* della violenza cedono alle richieste sessuali del partner per paura nonché per cercare di calmare le acque. In alcuni casi all'interno della relazione si sottomettono anche a pratiche sessuali che non condividono (rapporti con altri uomini, utilizzo di oggetti, essere filmate, ecc.).

Altri fattori associati al maggior rischio di gravi risposte post-traumatiche sono:

- la donna ha sperimentato durante l'aggressione la paura di morire, o ha subito lesioni fisiche;
- la violenza avviene con penetrazione;
- la donna sperimenta uno stato dissociativo durante l'aggressione, oppure se si rilevano sintomi dissociativi subito dopo l'accaduto;
- la donna presenta difficoltà a muoversi e a parlare come risposta al trauma, o se presenta qualche restrizione esterna (come nella disabilità);
- la donna è molto giovane o molto anziana; se la donna ha già sperimentato altri episodi di vittimizzazione, o se ha una problematica psichiatrica già in atto;
- la donna ha sperimentato uno stato di prigionia.

Negli ultimi decenni sono stati condotti numerosi studi sulle conseguenze della violenza sessuale, dai quali si evince che le donne riportano, più frequentemente, un maggiore rischio di depressione, disturbi d'ansia, tentativi suicidari, sintomi di disturbo post traumatico da stress (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD), disturbi dissociativi, disturbi alimentari e disturbi del sonno (Mason *et al.*, 2013).

La prima descrizione di una sintomatologia specifica conseguente a violenza sessuale è del 1974 ad opera di Burgess e Holmstrom, che parlano di *Rape Trauma Syndrome* (Burgess & Holmstrom, 1974). Per quanto datata questa definizione risulta, ancora oggi, decisamente esaustiva. Viene descritta una prima fase acuta, che può durare da giorni a settimane: caratterizzata da una totale disorganizzazione il cui sintomo prevalente è la paura. Vi è poi una seconda fase della riorganizzazione, che può durare da mesi ad anni, in cui la donna ristabilisce l'ordine nel suo stile di vita e un senso di controllo del mondo esterno. La terza fase è quella della risoluzione o ri-normalizzazione, quando la donna è in grado di tenere testa al trauma integrando l'esperienza al proprio vissuto.

Nella fase acuta sono descritti:

- sentimenti di shock e di incredulità rispetto a quanto accaduto;
- 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 fronteggiare:

- le perdite indotte dalla violenza subita: di sicurezza, d'indipendenza o autonomia, di controllo sulla propria vita, di fiducia in sé stesse e di auto-stima, di un atteggiamento positivo verso la sessualità;
- la cronicizzazione di una serie di disturbi inerenti all'area somatica, psicologica, cognitiva e relazionale.

Burgess e Holmstrom riportano la sintomatologia conseguente ad una violenza considerando più ambiti: psicosomatico, psicologico, cognitivo, relazionale (Tabella 1).

Tabella 1. Disturbi inerenti all'area psicosomatica, psicologica, cognitiva, relazionale in seguito a violenza sessuale

Area di salute	Disturbi
Disturbi psicosomatici	Dolore pelvico cronico, dolore cronico in varie parti del corpo, emicrania cronica, disordini gastro-intestinali
Conseguenze psicologiche	Depressione, paura, ansia, depersonalizzazione, derealizzazione, dissociazione, diminuzione dell'autostima, fobie, autolesionismo, ideazione suicidaria o tentati suicidi, uso di sostanze stupefacenti, disturbi della condotta alimentare e disturbi del sonno
Conseguenze cognitive	Confusione mentale, pensieri ricorrenti, <i>flashback</i> , sogni-incubi, ridotta capacità di attenzione e concentrazione, ipervigilanza
Conseguenze relazionali	Difficoltà relazionali e sfiducia, cambiamenti delle abitudini sessuali sia con il proprio partner che in occasione di nuovi incontri (promiscuità o al contrario astensione dai rapporti sessuali), riduzione dei rapporti sociali

Uno dei fattori più importanti per una buona prognosi riguarda il trattamento e l'accoglienza che la donna riceve nelle ore successive alla violenza, quando sporge querela e anche successivamente quando affronta il processo. Spesso le donne raccontano di essersi sentite non credute o giudicate, di aver dovuto rispondere nei processi come se loro stesse fossero messe in discussione.

Tali risposte negative dell'ambiente possono determinare vittimizzazioni secondarie della donna con effetti psicologici devastanti, sovrapponibili a quelli della violenza subita. Questi aspetti sono approfonditi più avanti nel paragrafo "La vittimizzazione secondaria e la violenza istituzionale".

I sintomi specifici legati alla violenza sessuale non sono mai entrati a far parte di classificazioni ufficiali. Nel 1980, quando il PTSD fu incluso dall'American Psychiatric Association nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition* (DSM-III), fu definito come "eventi traumatici al di fuori della gamma delle abituali esperienze umane" (APA, 1980), per indicare nel loro insieme tutti i quadri successivi all'esposizione a eventi e a situazioni non usuali che erano seguiti da una sofferenza psichica protratta.

J.L. Herman nel *Journal of Traumatic Stress* specifica come stupri, maltrattamenti e altre forme di violenza sessuale e domestica sono esperienze così comuni nella vita delle donne che difficilmente possono essere descritte come "al di fuori della gamma delle esperienze ordinarie". Secondo l'autore la caratteristica fondante di questi eventi è di sopraffare le normali capacità umane di adattamento alla vita. Le reazioni traumatiche, infatti, si verificano quando l'azione è impossibile e il sistema umano di autodifesa viene sopraffatto (Herman & Harvey, 1997). Certamente l'introduzione della diagnosi di PTSD ha il merito di aver individuato l'esistenza di un disturbo che può insorgere in individui sani come processo adattativo in seguito ad eventi traumatizzanti, ponendo, quindi, l'accento sugli effetti che la violenza ha sulle donne che la subiscono e riconoscendo il legame tra la violenza sessuale e il disagio psicologico sperimentato. Nella descrizione dei sintomi del PTSD rimane però escluso tutto ciò che riguarda il corpo, la percezione del corpo e i vissuti relativi ad esso (senso di sporcizia, lavarsi continuamente, vergogna, difficoltà nelle relazioni intime, ecc.). Ugualmente nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition - Text Revision* (DSM-5-TR) (APA, 2023) non emerge alcun riferimento alla percezione del corpo anche se la sintomatologia riportata descrive in modo molto più esaustivo ciò che viene raccontato dalle donne.

Conseguenze fisiche della violenza sessuale

Le più evidenti conseguenze fisiche della violenza sessuale sono rappresentate dalle lesioni extra-genitali, in genere ecchimosi ed escoriazioni di entità lieve o moderata, presenti in circa la metà delle donne che hanno subito violenza, e localizzate per lo più agli arti inferiori e superiori e meno frequentemente al volto, collo e tronco.

Le lesioni genitali (arrossamenti, ecchimosi o soluzioni di continuo dei genitali esterni, dell'imene, della vagina o dell'ano) sono presenti in una percentuale estremamente variabile dei casi, dipendente da diversi fattori:

- tempo intercorso tra la valutazione ginecologica e il momento della violenza (molte lesioni superficiali delle mucose genitali non sono più evidenziabili dopo 72 ore dalla violenza);
- esperienza del personale di salute nell'identificarle;
- utilizzo del colposcopio, per aumentare la probabilità di visualizzazione di piccole lesioni genitali;
- modalità con cui è stata perpetrata la violenza sessuale (toccamenti, atti masturbatori, penetrazione con pene, oggetti nonché dita);
- stato dei genitali della donna che ha subito violenza (bambina o ragazza prepubere, ragazza adolescente, donna che ha già avuto rapporti sessuali penetrativi vaginali, donna che ha già partorito per via vaginale, stato menopausale) (Barbara *et al.*, 2019).

Una metanalisi della letteratura sulla frequenza di lesioni genitali dopo violenza sessuale ha evidenziato come non sia possibile trarre nette conclusioni sulla prevalenza delle stesse, sostanzialmente a causa dell'eterogeneità delle caratteristiche della popolazione e della metodologia utilizzata nei diversi studi. L'analisi ha sottolineato come la presenza di lesioni genitali dopo una violenza sessuale sia riscontrata con un intervallo estremamente ampio di prevalenza, che va dal 5% all'87%, con una media del 34% (Kennedy, 2013). Un studio italiano ha riportato come, dopo una violenza sessuale, le lesioni genitali siano state osservate nel 37% delle ragazze adolescenti e nel 35% delle donne adulte, senza differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Le lesioni extra-genitali sono state identificate nel 45% delle ragazze adolescenti e nel 52% delle donne adulte (Torazzi *et al.*, 2021).

Un'analisi retrospettiva su 731 ragazze adolescenti che si sono rivolte al Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) di Milano, ha riscontrato come la violenza fosse stata esercitata con modalità penetrativa nell'80% dei casi. Nel 55% dei casi, se la ragazza si era presentata in SVSeD entro 7 giorni dalla violenza, era presente almeno una lesione genitale (Barbara *et al.*, 2022a).

L'entità nonché la presenza di lesioni corporee non è correlata alla forza utilizzata nell'esercitare la violenza sessuale. Frequentemente l'aggressore non necessita, nel perpetrare uno stupro, di un grado elevato di forza fisica, in quanto la donna è immobilizzata per paura di conseguenze letali o per una incapacità di reagire (reazione di *freezing*) indotta dall'evento altamente traumatico (Barbara *et al.*, 2022b). Alcuni autori infatti suggeriscono che, analogamente agli animali, gli esseri umani che subiscono una minaccia estrema con paura di lesioni gravi o addirittura di morte possono reagire con uno stato di inibizione motoria involontaria e temporanea, noto come immobilità tonica (Möller *et al.*, 2017; Van Buren *et al.*, 2015). A tal proposito, uno studio su 298 donne che avevano richiesto assistenza clinica dopo violenza sessuale ha evidenziato come ben il 70% delle donne avesse riferito di aver sperimentato uno stato di significativa immobilità tonica durante l'aggressione sessuale, e il 48% un'estrema immobilità tonica, con impossibilità a reagire fisicamente e perfino a chiedere aiuto (Möller *et al.*, 2017).

Tutti questi dati sottolineano come molto spesso la violenza sessuale e lo stupro non siano associati alla presenza di lesioni genitali o extra-genitali, la cui assenza non deve far presupporre una mancata violenza. Il consenso – che rappresenta l'elemento connotativo del reato di violenza sessuale – non può essere desunto semplicemente da una valutazione di presenza nonché assenza di lesioni genitali o extra-genitali.

Tra le conseguenze fisiche della violenza sessuale, oltre alle lesioni corporee, un ruolo di rilievo spetta sicuramente alle ripercussioni negative sulla sfera ginecologica e riproduttiva con il rischio di contrarre Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) se la persona è stata costretta ad un rapporto sessuale penetrativo (vaginale e anale) o ad un rapporto oro-genitale.

Le IST possono essere sostenute da batteri (sifilide, gonorrea, clamidia, uretriti non gonococciche), da protozoi (tricomoniassi), da funghi (candida) o da virus (epatite A, B o C, HIV-*Human Immunodeficiency Virus*, AIDS-*Acquired Immune Deficiency Syndrome*, herpes genitale, papillomavirus umano) e possono determinare un danno rilevante per la salute, la cui entità è in relazione alla natura dell'agente infettante.

Le IST possono, infatti, essere di limitata gravità, con guarigione completa nel giro di pochi giorni, o cronicizzare e comportare danni permanenti a carico degli organi del sistema riproduttivo (clamidia, tricomoniassi), immunitario (HIV) o di più organi (sifilide, epatite B e C). In particolare, un rapporto pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) (WHO, 2013) indica che, a livello mondiale, chi subisce violenza sessuale può essere soggetto ad un rischio statisticamente rilevante per determinate IST, quali la gonorrea (*Odds Ratio*-OR=1,8), la clamidia (OR=1,8) e la sifilide (OR=1,6).

Il rischio per HIV e tricomoniassi risulta invece maggiormente associato alla prevalenza territoriale di queste infezioni. Sulla base di tali evidenze la WHO raccomanda, per le persone vittime di violenza sessuale, determinate procedure diagnostiche per le IST e l'esecuzione di profilassi farmacologica. In particolare, oltre all'effettuazione di una visita specialistica ginecologica e ad esami colturali e sierologici per escludere le più comuni IST (in Italia: sifilide, gonorrea, clamidia, herpes) e le infezioni da HIV, epatite B e epatite C, viene fortemente raccomandata la profilassi antibiotica combinata per la prevenzione delle infezioni batteriche, e l'eventuale somministrazione di vaccino anti-epatite B.

Le linee guida italiane sull'utilizzo della terapia antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1, redatte dal Ministero della Salute, raccomandano comunque, a carattere precauzionale, la profilassi farmacologica post-espositiva per l'HIV nel caso di violenza sessuale (SIMIT & Ministero della Salute, 2017).

In conseguenza a violenza sessuale è maggiore la probabilità di sviluppare disfunzioni sessuali e dolore pelvico cronico, soprattutto in caso di abuso sessuale ripetuto o avvenuto in età infantile nonché adolescenziale. L'insorgenza di gravidanze indesiderate rappresenta un'altra importante questione. Uno studio longitudinale statunitense su circa 4.000 donne seguite per 3 anni ha evidenziato che il tasso nazionale di gravidanze insorte dopo violenza sessuale è di circa il 5% tra le donne di età compresa tra i 12 e i 45 anni, per un totale di circa 32.000 gravidanze indesiderate causate da stupro ogni anno (Holmes *et al.*, 1996). Questi dati sono particolarmente allarmanti, se si considera che in molti Paesi del mondo l'interruzione volontaria di gravidanza non è un'opzione percorribile legalmente dalle donne che ne vorrebbero fare richiesta, con un aumento parallelo degli aborti clandestini ad elevato rischio di morbidità nonché mortalità materna.

Di seguito viene riportato nel Riquadro 1 una sintesi delle specifiche procedure che il personale di salute deve mettere in atto in presenza di una donna che abbia subito una violenza sessuale.

RIQUADRO 1

Sintesi delle procedure specifiche in caso di violenza sessuale da parte del personale di salute

- Atteggiamento rassicurante e ascolto empatico da parte del personale di salute che accoglie la donna, senza porre limiti temporali.
- Richiesta di approfondimento sull'origine delle eventuali lesioni riscontrate utilizzando domande aperte e riportando fedelmente virgolettate le parole della donna, limitando le domande eccessivamente dirette.
- Cura nella raccolta dei dati relativi all'evento (data, ora e luogo, numero dei soggetti coinvolti ed eventuali notizie sugli stessi, presenza di testimoni, verbalizzazione di minacce ed eventuali lesioni fisiche).
- Valutazione del contesto e della violenza (eventuale associazione con altri reati, presenza di armi, ingestione di alcolici o di altre sostanze, perdita di coscienza o sequestro in ambiente chiuso).
- Effettuazione di meticoloso esame obiettivo generale, avendo cura di visitare tutto il corpo della vittima, ponendo attenzione alle sue reazioni emotive e ai suoi comportamenti relazionali, evitando ogni forma di interpretazione o giudizio soggettivo. In questa fase la descrizione di eventuali lesioni o esiti (su tutto il corpo) dovrà essere precisa e puntuale specificando sempre la sede, le dimensioni e i caratteri generali (colore, forma, profondità, dimensioni). L'esame obiettivo dovrà includere un'attenta descrizione dello stato emotivo, psicologico e relazionale della vittima.
- Realizzazione di documentazione fotografica relativa a tutte le lesioni o agli esiti di lesioni. Le fotografie rappresentano una risorsa essenziale per l'autorità giudiziaria e un elemento di forte tutela per la vittima, poiché rendono documentabili e, quindi, osservabili le lesioni anche a distanza di tempo.
- Ricerca e repertazione, nell'ambito della visita stessa, delle tracce di materiale biologico avendo cura di evitare eventuali fenomeni di contaminazione (operatore-reperto, ambiente-reperto, ecc.), qualora si sospetti la possibile presenza di materiale biologico dell'aggressore (sangue, sperma, saliva, sudore, formazioni pilifere, cellule di sfaldamento dell'epidermide, ecc.) su corpo nonché indumenti della donna.
- Esecuzione, previo consenso da parte della persona che abbia subito una violenza sessuale, di accertamenti diagnostici, tramite prelievo ematico o tampone mucosale (cervico-vaginale, rettale, uretrale), volti ad escludere o accertare la presenza di eventuali infezioni sessualmente trasmissibili di natura batterica (sifilide, gonorrea, clamidia, altri), virale (HIV, epatite B e C, herpes, mononucleosi), protozoaria (tricomoniassi) o micotica (candidosi).
- Effettuazione, nel caso di lesioni di origine traumatica che possano avere determinato soluzioni di continuità della cute o delle mucose, previo consenso da parte della persona, di terapia antibiotica e anti-protozoaria con una combinazione di farmaci a diverso meccanismo di azione in grado di esercitare un'adeguata profilassi delle infezioni di natura batterica o protozoaria. Tale trattamento deve essere continuato per qualche giorno sotto la supervisione di un medico competente in malattie infettive. Risulta fondamentale anche effettuare la profilassi per epatite B nel caso la vittima non sia vaccinata.
- Somministrazione, previo consenso da parte della persona vittima di violenza, di terapia anti-retrovirale a scopo di profilassi (Profilassi Post-Espositiva, PPE) dell'infezione da HIV nel caso risulti la concreta probabilità del rischio di trasmissione di questa infezione in seguito a violenza sessuale o a trauma che ha determinato soluzione di continuità della cute o delle mucose. Tale trattamento risulta efficace entro 48 ore dalla possibile esposizione al virus e deve essere protratto per 4 settimane sotto la supervisione di un medico competente in malattie infettive.
- Offerta e somministrazione della prima dose della vaccinazione per l'epatite B e per il Papillomavirus umano, qualora non eseguite in precedenza.
- Offerta, nel rispetto della sensibilità e delle convinzioni culturali e religiose della persona, di trattamento anti-concezionale (intercezione post-coitale). Il trattamento, che deve essere adeguatamente monitorato a livello clinico e di esami di laboratorio sotto la supervisione di un medico competente in ginecologia e ostetricia, è efficace entro 72 ore dall'episodio riportato di violenza.
- Attenzione massima alla catena di custodia delle prove.
- Richiesta di un pronto riscontro da parte dell'Assistente sociale, qualora sia stato attivato un percorso con i Servizi Sociali territoriali.

Conseguenze della violenza domestica

Ciclo della violenza

Per comprendere le gravi conseguenze della violenza domestica sulla salute della donna è necessario approfondire le dinamiche interne alle relazioni maltrattanti. A questo scopo utilizziamo il modello di Lenore E. Walker (1979), ovvero il ciclo della violenza, definito come un vortice progressivo, e rovinoso in cui la donna viene inghiottita dalla violenza continuativa, sistematica, agita ciclicamente da parte del partner. La teoria del ciclo della violenza (*cycle theory of violence*) parte dal presupposto dell'esistenza di più fasi che si ripetono ciclicamente, per l'appunto, nel corso di una relazione maltrattante. Nel succedersi di tali fasi le diverse tipologie di pattern comportamentali violenti (psicologica, fisica, sessuale ed economica) si sovrappongono e susseguono in una progressiva *escalation* di gravità, frequenza e intensità. Lenore E. Walker ha individuato tre fasi nel ciclo della violenza:

- prima fase di origine della tensione (*tension building*);
- seconda fase attiva degli episodi di violenza (*active battering incidents*);
- terza fase della contrizione amorosa (*loving contrition*).

Le relazioni maltrattanti iniziano come relazioni normali, la violenza si inserisce nella coppia dopo diverso tempo e soprattutto sempre in modo graduale. L'inizio della violenza, in molti casi, coincide con fasi della vita di coppia in cui la relazione si stringe, per esempio dopo il matrimonio o con la gravidanza. Le donne spesso descrivono l'inizio della relazione come idilliaco, sentono di ricevere attenzioni mai ricevute prima; solo con il tempo si accorgeranno che la seduzione messa in atto dall'uomo è stata una seduzione narcisistica finalizzata a sottomettere e a controllare la donna stessa. La violenza si stabilisce per gradi all'interno della coppia, all'inizio con tensioni e ostilità che non sempre sono riconosciute (Walker, 1979).

Il ciclo della violenza elaborato da Walker viene di seguito descritto nelle sue tre fasi:

- *Prima fase - origine della tensione (tension building)*

Si presenta quando la violenza si radica nella relazione, in maniera subdola, graduale e progressiva. In questa fase di crescita della tensione emerge la violenza psicologica che tende a colpire direttamente l'autostima della donna.

L'uomo esprime nervosismo e irritazione, ma giustifica il suo stato con preoccupazioni o difficoltà della vita quotidiana. La violenza, in questa fase, non si manifesta in maniera diretta, ma trapela sul piano del comportamento non verbale attraverso la mimica, i non detti o i silenzi ostili; attraverso atteggiamenti quali sguardi, porte e oggetti che vengono sbattuti o rotti, alterazioni del tono della voce. Un insieme di comportamenti che trasmettono un chiaro messaggio di ira e rabbia non esplicitata. La donna, in questa fase, inizia ad avvertire la crescente tensione e cerca di prevenire l'*escalation* della violenza mostrandosi accondiscendente; cerca di cambiare il comportamento e spera così di calmare le acque. Questa modalità però ha l'effetto di rinforzare nell'uomo il comportamento violento in quanto, di fatto, in questo modo sente di riuscire ad imporre il suo volere. Questi comportamenti, inizialmente sporadici, vengono minimizzati dalla donna che tenta di giustificarli mettendoli in relazione con fattori esterni quali: stanchezza, problemi sul lavoro, difficoltà economiche ecc. Nonostante i tentativi di modificare il proprio comportamento per assecondare il partner, la donna sperimenterà rapidamente, all'interno della relazione, di non riuscire a prevedere e controllare il comportamento violento del partner.

- *Seconda fase – espressione della violenza (active battering incidents)*

In questa fase l'uomo perde il controllo di sé stesso e passa all'atto, agendo la violenza fisica. Quest'ultima procede per gradi, dai semplici spintoni e schiaffi, che possono essere

presenti negli iniziali cicli della relazione maltrattante si può assistere, con il passare del tempo, ad una loro recrudescenza con pugni, calci, percosse con oggetti, uso di armi, fino all'esito estremo: l'uccisione della donna. Non è raro che in questa fase del ciclo, alla violenza fisica si associ la violenza sessuale (stupro coniugale) utilizzata dall'uomo per meglio sottolineare il proprio potere e predominio sulla partner. L'inizio, la durata e la fine di questa fase risultano imprevedibili, dipendono soltanto dal maltrattante.

La donna inizialmente reagisce, si arrabbia o fugge ma, con il passare del tempo e con il procedere dei cicli di violenza, le sue capacità di reazione diminuiscono; si struttura la cosiddetta *learned helpnesses*, ovvero l'impotenza appresa (Seligman, 1975), la donna capisce di non poter influire sul comportamento del partner, sente che ogni sua reazione peggiora la violenza, l'emozione prevalente è la paura. Importante notare che è in questa Fase che le donne, a causa dei danni fisici subiti durante gli attacchi e delle forti emozioni sperimentate (quali sofferenza, delusione e rabbia) possono accedere al Pronto Soccorso; quindi, all'osservazione del personale sanitario e socio-sanitario, oppure possono presentare denuncia o chiamare le Forze dell'Ordine. È questa la fase in cui si può intercettare la violenza, costruire un'alleanza con la donna, fornire informazioni e attivare un lavoro di Rete con i Servizi presenti sul territorio e con il Centro Antiviolenza di riferimento.

– *Terza fase – Costrizione amorosa (loving contrition)*

Una volta che l'episodio acuto di violenza si è concluso, inizia la terza e ultima fase del ciclo di Lenore E. Walker, la cosiddetta Fase di contrizione amorosa nota anche, in letteratura, come Fase della Luna di Miele. In questo stadio del ciclo la tensione e la violenza spariscono e l'uomo si mostra dispiaciuto e pieno di rimorsi per ciò che ha fatto; egli si scusa con la donna, promette che non si comporterà mai più in quel modo, che cambierà e, per farsi perdonare, si comporta in modo affettuoso, attento e premuroso. I comportamenti di riparazione, seduzione e scuse messe in atto dall'uomo, hanno un'alta valenza manipolatoria. La donna spesso crede nel pentimento del partner e lo perdona. È nella fase di Luna di miele che molte donne difendono l'autore delle violenze di fronte a terze persone, minimizzando le violenze subite o cercando delle giustificazioni. Inoltre, nella speranza che il partner cambi davvero, possono giungere a ritirare la denuncia nonché a richiesta di separazione. Le speranze di cambiamento, però, puntualmente vengono disilluse cosicché la luna di miele finisce e ricomincia il ciclo della violenza.

Queste tre fasi si ripetono ciclicamente negli anni; si struttura una vera e propria spirale della violenza che con il tempo accelera e cresce d'intensità. Via via che il ciclo si ripete, la terza fase diventa sempre più breve, fino a sparire del tutto: gli abusi aumentano in frequenza e gravità. La fase dell'attacco diventa sempre più brutale rendendo più fragile la donna, diminuendo le sue capacità di reazione e aumentando, paradossalmente, il livello di tolleranza della violenza nella donna. Ad ogni episodio di violenza agita la donna fronteggia un pericolo mortale: arriva, così, a temere costantemente per la propria vita. Ciò nonostante, molte donne non riescono ad interrompere la relazione maltrattante al punto che, frequentemente, nell'opinione pubblica, nei non addetti al settore, sorgono spontanee domande quali: "Perché non se ne vanno? Perché non lasciano l'uomo abusante? Perché non lo denunciano?". Domande che spesso sottendono un atteggiamento estremamente giudicante e colpevolizzante nei confronti delle donne.

Al permanere della donna nella relazione maltrattante contribuiscono una molteplicità di fattori e fenomeni di natura intrapsichica, culturale e socioeconomica. Lenore E. Walker osservò che il ripetersi negli anni del ciclo della violenza determina nelle donne l'insorgenza di una serie di sintomi, la *Battered Woman Syndrome* (BWS) che, unitamente al concetto di *learned helplessness* – impotenza appresa spiegano il permanere della donna nella relazione maltrattante e l'assunzione, da parte di quest'ultima, di un atteggiamento passivo, di immobilismo psichico,

d'impotenza. Il concetto di *learned helplessness* viene mutuato dagli studi sulla depressione svolti da Seligman (1975). Infatti, le imprevedibili e incontrollabili violenze (per durata, intensità, frequenza e gravità) che una donna subisce da parte del partner la portano ad apprendere di non poter controllare la situazione e a divenire di conseguenza, passiva e sottomessa.

Il primo passo per poter interrompere la spirale della violenza coincide con la ridefinizione della situazione di violenza, ciò permette alla donna di riconoscersi come vittima e di ridistribuire in maniera chiara le responsabilità del maltrattamento. Solo, successivamente potranno seguire ulteriori passi affinché la donna possa formulare la richiesta di aiuto ad uno dei Servizi presenti nella rete territoriale.

Conseguenze psico-fisiche e sociali della violenza domestica

L'impatto della violenza domestica sulla salute della donna che la subisce è nella maggior parte dei casi grave e a volte devastante. Numerosi studi concludono che le donne che subiscono violenza all'interno di relazioni intime incorrono in problemi di salute più frequentemente rispetto a donne non maltrattate. Le conseguenze possono essere immediate e dirette (per esempio una ecchimosi, una frattura, un attacco di panico) o indirette, a medio o lungo termine (malattie croniche, malattie psicosomatiche, disturbi psichiatrici) (Campbell, 2002). Le lesioni fisiche derivanti dalla violenza di genere rappresentano le conseguenze sanitarie più facilmente riscontrabili e oggettificabili. 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 inflitti dal maltrattante. Studi di popolazione suggeriscono come il 40-72% di tutte le donne che hanno subito un abuso fisico da parte del partner presentino lesioni corporee a un certo punto della loro vita. Le lesioni causate dal maltrattamento, rispetto ad una lesività fisica da altra causa, più frequentemente sono localizzate al capo, al viso, al collo, al torace, seno e addome (Campbell, 2002). Molto più complesso è il quadro delle conseguenze a lungo termine della violenza domestica sulla salute delle donne (Barbara *et al.*, 2020). Esiste un'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. Nello specifico, è stato ipotizzato che le ferite, la paura e lo stress associati alla violenza domestica possano causare problemi di salute nel medio-lungo termine, o sintomi ricorrenti a livello del sistema nervoso centrale, tra cui svenimento e convulsioni (McCauley *et al.*, 1995). Il preciso meccanismo alla base di queste conseguenze non è stato stabilito con esattezza, ma potrebbe includere lesioni ricorrenti o stress, alterazioni neurofisiologiche o entrambe. Per esempio, le donne maltrattate frequentemente (10-44%) riferiscono tentativi di soffocamento, strangolamento incompleto e colpi alla testa con conseguente perdita di coscienza. Queste situazioni, soprattutto se protratte, possono portare a seri problemi neurologici.

I disturbi funzionali – una serie di condizioni che spesso non presentano cause mediche individuabili, quali la sindrome dell'intestino irritabile, la fibromialgia, i disturbi gastrointestinali e le diverse sindromi da dolore cronico – sono molto frequenti in donne che subiscono violenza domestica. Anche sintomi cardiaci auto-riferiti, come ipertensione e dolore al petto, vengono riportati più frequentemente da donne che subiscono maltrattamento all'interno di una relazione intima. È plausibile postulare interazioni tra tendenze genetiche, stili di vita, comportamenti a rischio, e lo stress da violenza; tuttavia, i meccanismi alla base di questa maggiore frequenza non sono ancora completamente noti (Campbell, 2002). In aggiunta, subire violenza domestica influenza negativamente la salute riproduttiva e sessuale, in termini di gestione delle scelte contraccettive e procreative, con maggior rischio di gravidanze indesiderate nonché aborti. In gravidanza la donna che subisce violenza è più esposta al rischio di parto prematuro, ipo-sviluppo fetale, distacco di placenta e basso peso neonatale alla nascita (Coker, 2007).

La violenza domestica, in aggiunta, è causa di importanti problematiche psicologiche. I disordini *psico*-emotivi possono permanere più a lungo nel tempo e causare sofferenza psichica protratta e difficile da superare.

Tra gli effetti della violenza contro le donne sulla sfera psichica vi sono il disturbo post traumatico da stress (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD) e la presenza di sintomi depressivi nonché ansiosi. Depressione, paura, ansia, depersonalizzazione, derealizzazione, dissociazione, diminuzione dell'autostima, fobie, autolesionismo, ideazione suicidarie o tentato suicidio, uso di sostanze stupefacenti, disturbi della condotta alimentare e disturbi del sonno rappresentano frequenti conseguenze di una storia di violenza. Le molteplici conseguenze *psico*-fisiche, che minano la salute della donna a causa delle violenze subite, sono state sintetizzate dalla WHO (Krug *et al.*, 2002), nella Tabella 2.

Tabella 2. Conseguenze psico-fisiche della violenza sulla salute della donna

Area di salute della donna	Conseguenze psico-fisiche
Fisico	• Lesioni addominali/toraciche • Contusioni e lividi • Sindromi dolorose croniche • Disabilità • Fibromialgia • Fratture • Patologie gastrointestinali • Sindrome dell'intestino irritabile • Lacerazioni e abrasioni • Danni oculari • Riduzione della funzionalità fisica
Sessuale riproduttivo	• Patologie ginecologiche • Infertilità • Malattia infiammatoria pelvica • Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo • Disfunzioni sessuali • Infezioni sessualmente trasmesse • Aborto • Gravidanza indesiderata
Problematiche psicologiche comportamentali	• Abuso di alcol e droghe • Depressione e ansia • Disturbi dell'alimentazione e del sonno • Sentimenti di vergogna e senso di colpa • Fobie e disturbi di panico • Inattività fisica • Scarsa autostima • Disturbo post-traumatico da stress • Disturbi psicosomatici • Fumo • Comportamento suicidario e autolesionismo • Comportamento sessuale non sicuro
Conseguenze fatali per la salute	• Mortalità correlata all'AIDS • Mortalità materna • Omicidio • Suicidio

L'essere esposta in maniera continuativa, ciclica e imprevedibile a pattern comportamentali violenti porta, nella donna che li subisce, allo sviluppo di una sintomatologia complessa e multiforme la BWS che compromette gravemente, oltre al suo generale stato di salute, anche la capacità della donna di interrompere il rapporto violento.

La BWS è stata concettualizzata da Walker come una sottocategoria del PTSD. Essa comprende i seguenti sintomi:

1. eventi traumatici delle violenze rivissuti costantemente anche quando non sono in atto;
2. comportamenti di evitamento e paralisi emozionale, espressi solitamente come depressione, dissociazione, repressione, minimizzazione e negazione;
3. *iperarousal* e ipervigilanza;
4. compromissione delle relazioni interpersonali a causa dei comportamenti di controllo e potere da parte del partner maltrattante;
5. distorsione dell'immagine corporea nonché disturbi fisici e somatici;
6. compromissione della sessualità e problemi di intimità (Walker, 1983).

Molti dei sintomi provocati dalla violenza domestica potrebbero inquadrarsi nel PTSD, ma in realtà esso ha il limite, come ogni categoria descrittiva, di non riuscire a cogliere interamente la complessità delle dinamiche relazionali e del contesto culturale nel quale la violenza si esercita.

Inoltre, il PTSD esclude molti dei sintomi manifestati dalle vittime di violenza, come le idee suicidarie e i tentativi di suicidio che sono piuttosto frequenti. Non sono nemmeno considerati nella diagnosi di PTSD l'abuso di sostanze e i problemi sessuali conseguenti alle violenze. Un esito fatale della violenza domestica è l'uxoricidio. Il *continuum* della violenza tra le mura domestiche si riflette nel numero crescente delle vittime di femminicidio.

Conseguenze degli atti persecutori (*stalking*)

Fasi dello *stalking*

Per comprendere le gravi conseguenze dello *stalking* sulla salute della donna è necessario approfondire le dinamiche interne al fenomeno stesso. Con l'espressione di origine anglosassone *stalking* si intendono le condotte, solitamente tenute da un uomo ai danni di una donna, in forza delle quali una persona pone in essere una serie di atti volti ad intimidire, minacciare o perseguitare un'altra persona. La fattispecie del Codice penale è "atti persecutori", definiti appunto *stalking* nel gergo comune (Bartolini, 2009). Lo *stalking* comprende una serie di atti tipici delle persone violente, che avviano azioni persecutorie nei confronti di un'altra persona, spesso in nome di un presunto legame sentimentale. Tali atti sono reiterati e integrati da intrusioni nella sua vita privata, alla ricerca di un contatto personale per mezzo di pedinamenti, telefonate oscene o indesiderate, invio di lettere, biglietti, posta elettronica, messaggi (sms) nonché oggetti non richiesti. Si tratta di una forma d'aggressione diretta ad annientare la volontà della vittima, a distruggerne il morale e la sua capacità di resistenza, ciò avviene attraverso una reiterazione incessante che può provocare stati di ansia e di paura, fino a compromettere il normale svolgimento della vita quotidiana.

Lo *stalking* avviene in un tempo prolungato, durante il quale la vittima viene distrutta psicologicamente, annientata e annullata totalmente nella sua autonomia. Le condotte dello *stalker* sono simili a una lenta tortura, che si sviluppa in diverse fasi, di seguito delineate.

- *Fase della relazione conflittuale* con lo sviluppo di un legame emotivo conflittuale che deriva da un rapporto sentimentale interrotto o terminato (in molti casi gli *stalker* nascono dopo una separazione) o generato da un rapporto intensamente ambito dallo *stalker*, ma

non accettato dalla donna (Pathé *et al.* 1997; Mullen *et al.*, 1999; Gargiullo & Damiani, 2016).

- *Fase delle azioni persecutorie e continuative* con il rifiuto della donna di fronte all'azione reiterata dello *stalker* che, di conseguenza, non sentendosi accettato, si vendica cercando di far sentire in colpa la donna per i sentimenti e le sofferenze che le induce. L'inaccessibilità produce in lui frustrazione per la sconfitta personale, dalla quale si deve assolutamente riscattare, passando dalle fantasie all'azione, fino a creare scompiglio nella vita della donna con la propria presenza tormentante. Le persecuzioni sono di vario tipo: messaggi telefonici o lettere con frasi carine che mutano lentamente in minacce o offese; pedinamenti a piedi o in macchina in attesa che la donna esca di casa, dal posto di lavoro o da un negozio. Apparentemente le aggressioni e le violenze iniziali sono le meno gravi.
- *Fase dello scontro finale*: nella maggior parte dei casi si assiste a un finale tragico in cui lo *stalker* intensifica le sue condotte aggressive. È una fase caratterizzata da reazioni esasperate della donna che, in preda a paura e disperazione, non può evitare di chiedere aiuto alle Forze dell'Ordine (Aramini, 2002).

Conseguenze psico-fisiche e sociali degli atti persecutori

Approfondire la correlazione tra atti persecutori e conseguenze psicologiche sulla donna che li subisce è inevitabile, considerando il fatto che l'ansia e la paura provocate sono effetti basilari per definire il reato di atti persecutori. Per essere tali, infatti, devono provocare paura, stato di ansia grave e perdurante, estremo disagio psicologico, offendere la sua libertà morale, ovvero l'integrità psichica, fino ad alterarne lo stato di salute della donna che li subisce. La continuità e la frequenza di tale reiterata persecuzione può generare uno stato di ansia generalizzata e di paura costanti, una condizione di ipervigilanza, disturbi del sonno, somatizzazioni, crolli di autostima, attacchi di panico, sintomi depressivi, sintomi ossessivo-compulsivi, disturbi del comportamento alimentare, stanchezza cronica, cefalee, abuso di farmaci, alcol nonché fumo di sigarette, avversione sessuale, perdita di fiducia nelle relazioni e compromissione della vita sociale. In gran parte dei casi il persecutore è una persona che è o è stata legata da una relazione affettiva alla donna; questo è un'aggravante in quanto sconvolge ancora di più, intensificando il disagio emotivo e amplificando senso di colpa, di fallimento, rabbia e vergogna.

Un aspetto che accompagna solitamente le condotte persecutorie è il coinvolgimento di altre persone: familiari, amici, conoscenti, nuovi partner vengono a loro volta sottoposti ad un clima di tensione che, se da un lato induce il timore per l'incolumità delle persone care, dall'altro contribuisce ad aumentare il senso di colpa della vittima, che frequentemente si attribuisce la responsabilità della situazione. Nella maggior parte dei casi chi subisce si adatta inconsciamente alle continue minacce da parte dello *stalker* per ridurre, automaticamente, la propria vulnerabilità: per soffrire meno, riduce forzatamente il proprio campo d'azione, limita i propri movimenti e i contatti con gli altri. Per sfuggire ad appostamenti e pedinamenti, la vittima modifica le proprie abitudini di vita (cambio di lavoro, casa o città). Tutto ciò incide pesantemente sulla sua vita sociale e sulla stima di sé (Curci *et al.*, 2003).

Alcuni autori descrivono una sindrome specifica nella vittima di *stalking*, denominata *Stalking Trauma Syndrome* (STS). Questo disturbo è caratterizzato da elementi simili al PTSD, con pensieri intrusivi, sensazioni di perdita di controllo, perdita di sicurezza, di fiducia, valore e autostima, insieme ad aumento della prudenza, diffidenza, sospettosità, ansia, aggressività, difficoltà a livello emozionale e interpersonale, cambiamenti nell'autopercezione e percezione del proprio *stalker*, alterazione nelle relazioni con gli altri.

I sintomi spingono la vittima ad isolarsi, a ridurre l'interesse per le attività sociali, a distaccarsi emotivamente dall'ambiente riducendo l'affettività e le prospettive future. Esiste la forma più

grave, *Complex Post Traumatic Stress Disorder* (C-PTSD), causata da un'esposizione prolungata ad un trauma cronico (abusi fisici, emozionali, sessuali, maltrattamenti ripetuti nel tempo). Vista la capacità delle condotte persecutorie di alterare significativamente l'equilibrio psichico delle vittime, è evidente che le conseguenze dipendano dal grado di intensità, gravità degli atti persecutori subiti e dal tipo di rapporto tra vittima e persecutore (Kamphuis *et al.*, 2003; Patton *et al.*, 2010). Dal quadro sintomatologico descritto, si evince quanto sia importante che le donne che hanno subito atti persecutori possano sentirsi sicure e accolte in un clima empatico e non giudicante, capace di favorire la comprensione e la fiducia.

È importante incoraggiare la donna a richiedere un sostegno sociale e legale, a interrompere qualsiasi contatto con il persecutore e ad adottare misure preventive di protezione, per ridurre i propri sentimenti di impotenza e aumentare la fiducia in sé.

Conseguenze psico-sociali della violenza online contro le donne

La violenza online contro le donne, o cyber-violenza, viene esercitata attraverso internet e le piattaforme digitali e può essere di varia natura: attacchi verbali, minacce, ricatti e diffusione non consensuale di materiale sessualmente esplicito (McGlynn *et al.*, 2017; Walker & Sleath, 2017). A tale proposito, si utilizza spesso l'espressione *revenge porn*. Inoltre, la manipolazione di immagini e video tramite intelligenza artificiale espone le donne alla diffusione di artefatti digitali pornografici in cui sono inconsapevoli protagoniste.

Le conseguenze della violenza online sono drammatiche, per vari motivi. Innanzitutto, vi è l'impossibilità a cancellare: una volta raggiunto il web, il materiale diffuso in maniera non consensuale e, anche se questo venisse tolto dalla rete, non si potrebbe comunque avere la certezza che nessuno lo abbia salvato sul proprio dispositivo e che non sarà mai più messo in circolazione. Il secondo motivo è l'esposizione enorme a cui la donna che subisce violenza online è sottoposta; mentre in moltissimi casi l'abusante gode dell'anonimato. Il terzo motivo riguarda il fatto che la donna non è a conoscenza dell'entità del fenomeno, non sa quante persone stiano assistendo e siano, quindi, partecipi della violenza, per cui non è in grado di proteggersi. Come con altre forme di abuso, le donne che subiscono violenza online, possono avere conseguenze a livello fisico e mentale (Hall & Hearn, 2019; Eaton & McGlynn, 2020).

Si sono registrati sintomi del PTSD, ansia generalizzata, sintomi depressivi, attacchi di panico, pensieri suicidari, comportamenti disfunzionali (autolesionismo e abuso di alcol), totale sfiducia nelle relazioni e altri esiti negativi come conseguenza della vittimizzazione, quali deficit nel funzionamento sociale e lavorativo. Il vissuto traumatico porta la persona che ha subito una violenza online a essere ipervigilante nelle interazioni virtuali e reali, a controllare Internet e i *social* in modo compulsivo al fine di scongiurare il rischio di essere nuovamente visibile. Talvolta dichiara un senso di impotenza rispetto all'impossibilità di avere certezza di non essere più oggetto di diffusione, non essendo semplice poter garantire la rimozione permanente di ogni traccia da Internet (Bates, 2016). In taluni casi si registra che, in conseguenza della diffusione di materiale sessuale, le persone vittime di *revenge porn* siano anche vittime di *stalking* da parte di sconosciuti, i quali hanno trovato il loro riferimento sul *web*.

In alcuni casi le molestie possono diventare così intollerabili e inarrestabili da avere conseguenze gravissime dal punto di vista psichico e alimentare pensieri suicidari. Risulta necessario aumentare la consapevolezza sulla violenza online e sul rischio di diffusione non consensuale di immagini intime originali o artefatte tramite l'intelligenza artificiale, tanto da rendere evidente quanto la tecnologia sia uno strumento sempre più utilizzato per molestare,

intimidire e umiliare gli altri. Solo così le vittime possono essere pienamente supportate, a livello psicologico e legale, e incoraggiate a parlarne (Citron & Franks, 2014; Mancuso, 2019). Sebbene la diffusione non consensuale di immagini intime (originali o artefatte) sia sempre più all'attenzione dei media, potrebbero esserci persone che non sono consapevoli che si tratti di un reato e di conseguenza potrebbero non essere a conoscenza delle procedure da mettere in atto per proteggersi. La criminalizzazione di ogni forma di diffusione di materiale intimo e sessuale senza il consenso della persona è essenziale, visto che le conseguenze psicologiche e fisiche sulle vittime sono sovrapponibili ad ogni altra forma di violenza e abuso sessuale.

Vittimizzazione secondaria e violenza istituzionale

Uno dei volti della violenza di genere è la cosiddetta vittimizzazione secondaria, che si verifica quando, a seguito della denuncia della donna per le violenze subite, si attiva nei suoi confronti un'ulteriore violenza attraverso i media, il contesto sociale, gli interventi delle Forze dell'Ordine, nei percorsi legali e sanitari, e nelle aule dei Tribunali.

La vittimizzazione secondaria si configura come una condizione di perpetrata sofferenza e offesa vissuta dalla donna a fronte di un atteggiamento di scarsa attenzione, o di noncuranza, manifestate da quegli stessi soggetti che dovrebbero accoglierla, supportarla, proteggerla (Fanci, 2011). Sebbene siano diversi i volti che la vittimizzazione secondaria può assumere, dalla minimizzazione del dolore, al biasimo e alla squalifica, alla rimozione del problema, particolare rilievo assumono, nel contesto indagato, le risposte fornite dal sistema giudiziario e dalle istituzioni che offrono servizio di tutela e aiuto, spesso connotate da incapacità di comprensione e di ascolto delle istanze individuali.

La violenza delle Istituzioni si verifica ogni qualvolta una donna che trova il coraggio e la forza di denunciare non viene creduta, non è incoraggiata a verbalizzare i maltrattamenti subiti, il suo racconto viene sminuito e minimizzato mettendo in discussione la credibilità della stessa. O ancora la donna viene creduta, ma colpevolizzata di quanto accaduto, ritenuta cioè responsabile di essere causa delle condotte violente ricevute nel rapporto affettivo.

Violenza istituzionale quale re-vittimizzazione della donna

La vittimizzazione secondaria cui può essere esposta una donna che subisce violenza può coinvolgere le figlie e i figli contesi, minacciati, ricattati e che, in alcune situazioni, possono diventare essi stessi strumenti per esercitare violenza sulle madri.

Frequentemente le Istituzioni a cui le donne esposte a violenza si rivolgono ignorano o sottostimano le ricadute della violenza sui figli e sulle figlie. Può accadere, ad esempio, che vengano imposte forme di frequentazione con il genitore maltrattante in nome di un teorico principio di bigenitorialità da tutelare ad ogni costo e che pare affievolire il principio del preminente interesse della persona minorenni. Può accadere che, nei percorsi giudiziari, la violenza subita dalle donne, venga riletta come conflitto di coppia", da cui discende una pericolosa collocazione sullo stesso piano dell'uomo che maltratta e della donna che subisce. Questo può portare a provvedimenti di affidamento dei figli ai Servizi Sociali, a forme di mediazioni della violenza, che, nei casi di maltrattamento, è tassativamente vietata dalla Convenzione di Istanbul (D.i.Re, 2022).

Inoltre, le donne spesso vengono sottoposte a valutazioni psichiche con nomina di Consulenti Tecnici d'Ufficio (CTU) i quali, avendo una lettura parziale delle storie di vita e dei fatti accaduti, che ignora il terreno culturale ove la violenza di genere nasce e si radica, etichettano le donne

come ostative, manipolative o alienanti, spingendosi fino a mettere in dubbio le loro capacità genitoriali. Tali accuse possono essere assunte dai magistrati nei decreti e diventare la scure della re-vittimizzazione che si abbatte per dividere le figlie e i figli dalle madri, con l'obiettivo di riavvicinarli al padre, benché ne abbiano paura o si rifiutino di incontrarlo. Spesso la madre, benché abbia subito violenza, si trova a dover incoraggiare la bigenitorialità convincendo le figlie e i figli a proseguire il rapporto con il padre maltrattante, temendo che l'iter possa procedere con la revoca della propria potestà genitoriale e al loro eventuale trasferimento in comunità o al loro affidamento allo stesso padre.

A patire ulteriori traumi di orientamenti volti a non tutelare concretamente le vittime di violenza sono spesso le persone minorenni che già hanno subito violenza assistita. Secondo il GREVIO (*Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence*) (GREVIO, 2021), l'organo di monitoraggio chiamato a verificare l'applicazione della Convenzione di Istanbul nei Paesi membri dell'Unione Europea, si registra una grave carenza di comunicazione tra il settore civile e quello penale. Ciò che emerge è una sostanziale ignoranza di base circa il tema della violenza di genere e il ciclo con cui essa si evolve, nonché una sottovalutazione delle conseguenze psico-fisiche e sociali che l'esposizione ad essa provoca nelle persone in età evolutiva. Ciò è ancora più paradossale laddove si consideri che da tempo si è giunti a considerare la persona minorenne quale persona di diritto con capacità di esprimere i propri bisogni nonché di esprimere liberamente la propria opinione, e in quanto tale soggetto meritevole di autonomo ascolto e considerazione.

Purtroppo, ancora oggi, molti Tribunali si pronunciano, di fatto, ignorando le richieste esplicite rappresentate da minori, imponendo la prosecuzione dei rapporti con un padre violento e giungendo a volte a disconoscere la genitorialità della madre vittima di violenza, affidando i figli al genitore violento o a Case-famiglia. Siffatto errato orientamento, in ambito giudiziario, è stato messo in evidenza dal Rapporto della Commissione parlamentare di Inchiesta sul Femminicidio e su ogni forma di Violenza di Genere. Il Rapporto del giugno 2021 segnala: “una sostanziale difficoltà anche di tipo culturale, nella conoscenza del fenomeno. Ciò comporta da parte di tutto il sistema una sottovalutazione dei fenomeni di violenza di genere e domestica, che non viene letta correttamente” (Commissione Parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere, giugno 2021).

Un ulteriore esempio di violenza istituzionale è riscontrabile nei processi di violenza sessuale da sconosciuto. A tal proposito la sentenza del maggio 2021 della Corte Europea ha condannato la decisione della Corte d'Appello di Firenze nel ribaltare la sentenza di condanna degli imputati per stupro di gruppo, ai danni di una donna, con motivazioni relative a giudizi moralistici sulla vita privata della vittima e per questo ritenuta non attendibile. La sentenza della Corte di Strasburgo stigmatizza, altresì, il linguaggio e i contenuti usati dalla Corte d'Appello di Firenze come esiti di posizioni pregiudizievoli sul ruolo delle donne, presenti nella società italiana e che pertanto rischiano di non tutelare, effettivamente, i diritti delle persone che subiscono violenza nonostante le evolute norme di riferimento del settore (European Court of Human Right, 2021).

La colpevole direzione assunta dal sistema giudiziario di chiara matrice patriarcale che fa sintesi degli stereotipi di genere sulle donne, deve essere superata e vietata in tutte le sue formulazioni e manifestazioni sul solco aperto con la pronuncia della sentenza del Tribunale di Roma n. 2422/2019 emessa dal Giudice per le Udienze Preliminari (GUP) Paola Di Nicola, Magistrata e Consulente della Commissione sul femminicidio e su ogni forma di violenza di genere del Senato (Pagella, 2020).

Le madri denuncianti devono essere tutelate dalla illogica paura di subire l'ulteriore violenza di vedere minacciata la propria potestà genitoriale con l'affidamento dei figli all'altro genitore o ai Servizi Sociali. Donne e minori che subiscono violenza devono riacquistare fiducia nello Stato e nelle Istituzioni quali soggetti garanti della loro salute e sicurezza psico-fisica e preposti a

garantire, altresì, che non vi siano procedure atte a far rivivere alle vittime i traumi e le violenze già subite. In un'ottica di giustizia riparativa le Istituzioni sono chiamate a svolgere un ruolo sociale cruciale e irrinunciabile nel riconoscere il danno subito e rendere giustizia a chi subisce violenza. Il riconoscimento sociale e istituzionale del danno anche in forme risarcitorie pubbliche possono svolgere un'importante azione di ripristino del senso di giustizia infranto, accompagnando le vittime nel difficile passaggio del dopo vittimizzazione.

Bibliografia

- APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
- APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd Edition - Text Revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2023.
- Aramini M. Lo stalking: aspetti psicologici e fenomenologici. In Gulotta G, Pezzati S (Ed.) *Sessualità diritto e processo*. Roma: Giuffrè Editore; 2002.
- Barbara G, Albertini V, Tagi VM, Maggioni L, Gorio MC, Cattaneo C, Parazzini F, Ricci E, Buggio L, Kustermann A. Characteristics of sexual violence against adolescent girls: a 10 years' retrospective study of 731 sexually abused adolescents. *Int J Womens Health* 2022a Mar 3;14:311-321. doi: 10.2147/IJWH.S343935.
- Barbara G, Buggio L, Micci L, Spinelli G, Paiocchi C, Dridi D, Cetera GE, Facchin F, Donati A, Vercellini P, Kustermann A. Sexual violence in adult women and adolescents: a narrative review. *Minerva Obstet Gynecol* 2022b Jun;74(3):261-269. doi: 10.23736/S2724-606X.22.05071-0.
- Barbara G, Cattaneo C, Kustermann A. Aspetti clinici nella prevenzione della violenza sulle donne: deontologia e etica delle professioni sanitarie. In: Calloni M (Ed.). *Il ruolo dell'università nella lotta contro la violenza di genere. Network UN.I.RE. Ricerca, didattica e sensibilizzazione pubblica per la prevenzione del fenomeno*. Milano: Pearson; 2020. p. 11-13.
- Barbara G, Micci L, Kustermann A. La violenza sessuale. In: Caputo A, Bruzzone R (Ed.). *Criminologia dei sex offender. Aspetti psicopatologici, investigativi e giuridici*. Roma: Giuffrè Editore; 2019:409-436.
- Bartolini F. *Lo stalking e gli atti persecutori nel diritto penale e civile. Mobbing; molestie; minacce; violenza privata*. Piacenza: Casa Editrice La Tribuna; 2009.
- Bates S. Revenge Porn and Mental Health: A Qualitative Analysis of the Mental Health Effects of Revenge Porn on Female Survivors. *Feminist Criminology* 2016;12(1):22-42. doi:10.1177/1557085116654565.
- Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry* 1974 Sep;131(9):981-6. doi: 10.1176/ajp.131.9.981.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002 Apr 13;359(9314):1331-6. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8.
- Citron DK, Franks MA. Criminalizing revenge porn. *Wake Forest Law Review* 2014;49:345-391.
- Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2007 Apr;8(2):149-77. doi: 10.1177/1524838007301162.
- Curci P, Galeazzi GM, Secchi C. *La sindrome delle molestie assillanti (stalking)*, Torino: Bollati Boringhieri Editore; 2003.
- D.i.Re (Centri Antiviolenza Di.REDonne in Rete contro la violenza) La vittimizzazione Istituzionale. Un'indagine qualitativa esplorativa. Roma: Di.Re; 2022 Disponibile all'indirizzo: https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2022/11/VITTIMIZZAZIONE-ISTITUZIONALE_DiRe.pdf; ultima consultazione 05/04/2025.

- Eaton AE, McGlynn C. The psychology of nonconsensual porn: Understanding and addressing a growing form of sexual violence. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 2020;7(2):190-197.
- European Court of Human Rights / Cour Européenne des Droits de l'Homme. *Requête no 5671/16*. 27/08/2021. Disponibile all'indirizzo: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%5B%22001-210299%22%5D%7D>; ultima consultazione 05/04/2025
- Fanci G. La vittimizzazione secondaria: ambiti di ricerca, teorizzazioni e scenari. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza* 2011;5(2):53-66
- Gargiullo BC, Damiani R. Lo stalker, ovvero il persecutore in agguato. *Classificazioni, assessment e profili psicocomportamentali*. Milano: Franco Angeli; 2016.
- GREVIO (Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence). *3rd General Report on GREVIO's Activities 2021*. Bruxelles: Council of Europe / Conseil de Europe; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://rm.coe.int/prems-055022-gbr-2574-rapportmultiannuelgrevio-texte-web-16x24/1680a6e183>; ultima consultazione 05/04/2025.
- Hall M, Hearn J. Revenge pornography and manhood acts: A discourse analysis of perpetrators' accounts. *Journal of Gender Studies*. 2019;28(2):158-170. doi: 10.1080/09589236.2017.1417117
- Herman JL, Harvey MR. Adult memories of childhood trauma: A naturalistic clinical study. *Journal of Traumatic Stress* 1997;10: 557-571.
- Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Aug;175(2):320-4; discussion 324-5. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70141-2.
- Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Bartak A. Individual differences in post-traumatic stress following post-intimate stalking: stalking severity and psychosocial variables. *Br J Clin Psychol* 2003 Jun;42(Pt 2):145-56. doi: 10.1348/014466503321903562.
- Kennedy KM. Heterogeneity of existing research relating to sexual violence, sexual assault and rape precludes meta-analysis of injury data. *J Forensic Leg Med* 2013 Jul;20(5):447- 59. doi: 10.1016/j.jflm.2013.02.002.
- Kropp PR, Hart SD, Webster CD, Eaves D. *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)*. British Columbia, Canada: The British Columbia Institute Family Violence; 1995.
- 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://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf; ultima consultazione 05/04/2025. Traduzione italiana a cura di Fossati E - Quaderni di sanità pubblica - *Violenza e salute nel mondo*. Milano: CIS Editore srl; 2002. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_ita.pdf;sequence=5; ultima consultazione 05/04/2025.
- Mancuso RA. Revenge porn: la nuova fattispecie di reato. *Altalex* 05/04/2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.altalex.com/documents/news/2019/04/05/revenge-porn-reato>; ultima consultazione 30/09/2025.
- Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013 Feb;27(1):27-37. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.015.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995 Nov;123(10):737-46. doi: 10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001.
- McGlynn C, Rackley E, Houghton R. Beyond 'revenge porn': the continuum of image-based sexual abuse. *Fem Leg Stud*. 2017;25:25-46. <https://doi.org/10.1007/s10691-017-9343-2>

- Möller A, Söndergaard HP, Helström L. Tonic immobility during sexual assault - a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017 Aug; 96(8):932-938. doi: 10.1111/aogs.13174.
- Mullen PE, Pathé M, Purcell R, Stuart GW. Study of stalkers. *Am J Psychiatry* 1999 Aug;156(8):1244-9. doi: 10.1176/ajp.156.8.1244.
- Pagella C. Scheda - Maltrattamenti in famiglia e sospensione della responsabilità genitoriale da parte del Tribunale dei Minorenni, nei confronti della madre, vittima del reato. A proposito della c.d. vittimizzazione secondaria. *Sistema Penale* 15 aprile 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sistemapenale.it/it/scheda/maltrattamenti-responsabilita-genitoriale-vittimizzazione-secondaria>; ultima consultazione 05/04/2025.
- Pathé M, Mullen PE. The impact of stalkers on their victims. *Br J Psychiatr.* 1997 Jan;170:12-7. doi: 10.1192/bjp.170.1.12.
- Patton CL, Nobles MR, Fox KA. Look who's stalking: Obsessive pursuit and attachment theory. *Journal of Criminal Justice.* 2010;38:282-290.
- Seligman M. *Helplessness: On depression, development and death.* San Francisco: Freeman, 1975.
- Senato della Repubblica. XVIII Legislatura. *Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere* – Rapporto sulla violenza di genere e domestica nella realtà giudiziaria. 2020 DDL n. 2417 del 28/03/22 Senato della Repubblica XVIII Legislatura. Disponibile all'indirizzo: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/361580.pdf>; ultima consultazione 05/04/2025.
- IMIT, Ministero della Salute (Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario). *Linee Guida Italiane sull'utilizzo della Terapia Antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 Edizione 2017.* Roma: Ministero della Salute; 2017. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2696_allegato.pdf; ultima consultazione 05/04/2025.
- Torazzi E, Merelli V, Barbara G, Kustermann A, Marasciuolo L, Collini F, Cattaneo C. Similarity and differences in sexual violence against adolescents and adult women: the need to focus on adolescent victims. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2021 Jun;34(3):302-310. doi: 10.1016/j.jpag.2020.11.018.
- Van Buren BR, Weierich MR. Peritraumatic tonic immobility and trauma-related symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: the role of posttrauma cognitions. *J Child Sex Abus.* 2015; 24(8):959-74. doi: 10.1080/10538712.2015.1082003.
- Walker K, Sleath E. A systematic review of the current knowledge regarding revenge pornography and non-consensual sharing of sexually explicit media. *Aggression and Violent Behavior.* 2017;36:9-24.
- Walker LE. *The battered woman syndrome.* 1th Edition. New York: Springer Publishing Company, 1983.
- Walker LE. *The battered woman.* New York: Harper & Row; 1979.
- WHO. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guideline.* Geneva: World Health Organization; 2013. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO_RHR_13.10_eng.pdf?sequence=1; ultima consultazione 05/04/2025.

EFFETTI DELLA VIOLENZA ASSISTITA SU MINORI

Battista Giovanna De Luca (a), Maria Grazia Foschino Barbaro (b), Annalisa Loconsole (c)

(a) già *Prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i minori*, ASL Lecce, Lecce

(b) Gruppo di lavoro per il Coordinamento della Rete dei Servizi per il contrasto della Violenza all'Infanzia, Regione Puglia, Bari

(c) Associazione italiana Scuola Psicoterapia Cognitiva, Bari

La sintomatologia manifestata da minori che subiscono violenza è l'esito di un adattamento difficile che sfocia in una condizione di grande sofferenza. Judith Herman al riguardo sottolinea quanto un minore intrappolato in ambiente prevaricante si trova a dover affrontare un compito di adattamento estremamente complesso. Infatti, Dovrà trovare la strada per conservare un senso di fiducia in persone che si sono mostrate inaffidabili, sicurezza in ambienti insidiosi, controllo in una situazione di assoluta imprevedibilità, senso di potere in una condizione di mancanza di potere (Herman, 1997).

Le dinamiche della violenza assistita, infatti, interferiscono non solo sul piano individuale della persona minorenni ma anche su quello relazionale col genitore, poiché è alterata l'espressione delle funzioni genitoriali della madre e del padre maltrattante. Le figure significative che per la persona minorenni dovrebbero essere il porto sicuro in cui approdare nel momento di difficoltà e da cui partire per esplorare il mondo diventano, invece, capaci di generare vissuti di paura e sofferenza. La figura paterna è percepita come minacciosa, imprevedibile e pericolosa e quella materna come fragile, spaventata e impotente. Tale condizione alimenta un cortocircuito in cui bambine e bambini sono intrappolati in un vissuto di paura persistente verso il quale non riescono a trovare soluzione e che cercano di fronteggiare, attivando contemporaneamente un sistema di difesa nonché di attaccamento. Di conseguenza ciò può provocare una disorganizzazione del loro comportamento oltre che lo sviluppo di un sistema di rappresentazioni frammentate di sé, dell'altro e del mondo difficili da integrare.

La persona minorenni, quindi, in alcuni momenti potrà percepirsi come vittima del genitore maltrattante, in altri come salvatrice per la madre maltrattata e in altri ancora come persecutrice, in quanto potrebbe ritenersi all'origine della violenza perpetrata. Per questi minori il mondo diventa un posto dove può accadere qualsiasi cosa. La loro autostima può oscillare tra la sensazione di sentirsi speciale, con credenze di un sé grandioso, e la sensazione di sentirsi sporco e cattivo, come forma di difesa contro la sensazione insopportabile di essere emarginato e non degno d'amore. La persona minorenni, inoltre, sperimenta vissuti di vergogna, paura associata all'incertezza di quello che succederà ai familiari coinvolti, paura per la sua incolumità fisica, impotenza legata al desiderio di modificare la situazione e all'incapacità di fermare la violenza, senso di colpa per essere stato privilegiato, non essendo oggetto della violenza e pensando di essere la causa degli stessi episodi di violenza. Le bambine e i bambini potranno sperimentare anche un profondo senso di solitudine, non possono condividere i propri vissuti con i familiari, rischiano di diventare invisibili e di non essere considerati nelle loro esigenze emotive e affettive.

La cronica esposizione di minori a relazioni maltrattanti di coppia e con i pari può esporre anche alla cosiddetta trasmissione intergenerazionale della violenza. Essere esposti a violenza domestica aumenta il rischio sia di identificazione con la figura maltrattante, con la conseguente adozione di modelli culturali e modalità interattive basati sulla sopraffazione e sull'aggressività all'interno delle proprie relazioni affettive, sia al contrario di inibire i normali vissuti di rabbia considerati inaccettabili sul piano dell'immagine personale.

Un trauma nascosto e sommerso

La violenza assistita è una esperienza traumatica che può determinare in minorenni effetti dannosi, a breve, medio e lungo termine, che investono le varie aree di funzionamento psicologico, emotivo, relazionale, cognitivo, comportamentale e sociale. Tale forma di violenza rientra tra le Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI) che, insieme ad altre forme di maltrattamento *intra-familiare*, possono agire effetti intensi e durevoli sullo sviluppo evolutivo a livello neurobiologico, cognitivo, emotivo e sociale. Le esperienze traumatiche infantili sono traumi nascosti poiché:

“non vengono persi, ma piuttosto conservati per tutta la vita, come le impronte di un bambino nel cemento fresco. Il tempo non cura le ferite che avvengono in quei primi anni: le nasconde solamente. Le ferite non vengono perse, diventano parte del corpo” (Lanius *et al.*, 2012).

Come una epidemia sommersa, le esperienze sfavorevoli infantili rappresentano una grande minaccia per la salute pubblica. In che modo queste esperienze relazionali precoci influenzano lo sviluppo psicofisico a breve, medio e lungo termine?

Quando la relazione di attaccamento genitori-figli non è più fonte di protezione e sicurezza, ma imprevedibile e fonte di allarme e di pericolo i processi di regolazione delle risposte allo stress possono risultare fortemente compromessi originando marcata disregolazione emotiva, sia in direzione di una iperattivazione (*iperarousal*) sia in direzione di una ipoattivazione (*ipoarousal*), con esiti neurobiologici e psicologici importanti. Le risposte agli eventi traumatici rappresentano una strategia adattiva che, se pur disfunzionale, viene attuata per superare lo stato pervasivo di paura (Liotti & Farina, 2011).

L'esperienza di un'emotività impotente e non risolta interferisce con le funzioni della neocorteccia determinando una mancata integrazione delle funzioni mentali superiori, originando processi dissociativi, oltre che la costruzione di significati personali e interpersonali patogeni. La ricerca ha confermato che le ESI possono determinare anche alterazioni anatomiche e funzionali a carico di quelle aree dell'emisfero destro responsabili della regolazione emozionale, alterazioni dell'asse della regolazione ormonale dello stress, del sistema immunitario e anche del modo in cui il nostro DNA viene letto e trascritto.

La disregolazione emotiva è presente, inoltre, in molti disturbi psichiatrici, da quelli d'ansia e dell'umore, a quelli più specificamente correlati al trauma e allo stress, quali il PTSD, sino ai disturbi dissociativi e della personalità, abuso di sostanze, comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio, condotte devianti e delinquenziali. Le ESI rappresentano, infatti, il fattore di rischio più frequente di disturbi psichici a tutte le età; in particolare sono associate al 44% delle psicopatologie infantili e a circa il 30% di quelle che insorgono più tardi.

L'esposizione alla violenza domestica ha reazioni simili a quelle delle bambine, dei bambini e di adolescenti, che subiscono forme dirette di maltrattamento, pur non essendo bersaglio di violenza diretta. L'esposizione ad uno stress persistente, cronico e cumulativo, riconducibile alla violenza domestica, ne esplicita il potenziale traumatico che trova pieno riconoscimento nella diagnosi di disturbo *post* traumatico da stress complesso (*Complex Post Traumatic Stress Disorder* (C-PTSD) introdotta dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) nell'*International Classification of Diseases 11* (ICD-11) (WHO, 2019).

Il quadro clinico del trauma complesso è caratterizzato da alterazioni nelle seguenti aree:

- regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi;
- percezione di sé caratterizzata da tendenza ad esperire intensi vissuti di colpa e vergogna;
- rapporti interpersonali: caratterizzati da un'elevata sospettosità e sfiducia, dalla difficoltà ad entrare in intimità con gli altri e da isolamento sociale.

Gli esiti appena descritti sembrano essere pervasivi e si manifestano in vari contesti nonché nelle relazioni interpersonali, indipendentemente dalle situazioni che rievocano le esperienze traumatiche.

Conoscere i processi neurobiologici e psicologici che sottendono le problematiche comportamentali, emotive, cognitive e relazionali di bambine, bambini e adolescenti, consente di impostare opportune ed efficaci strategie di prevenzione multilivello. Inoltre, riconoscere e inquadrare correttamente le problematiche di salute e le esperienze traumatiche, permette di indirizzare le vittime verso percorsi di cura specializzati *evidence-based* (Foschino Barbaro & Mancini, 2017).

Bibliografia

- Foschino Barbaro MG, Mancini F. *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Milano: Franco Angeli; 2017.
- Herman JL. *Trauma and recovery: the aftermath of violence. From domestic to political terror*. New York: Basic Books; 1997.
- Lanius RA, Vermetten E, Pain C. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia: l'epidemia nascosta*. Roma: Fioriti; 2012.
- Liotti G, Farina B. *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina; 2011.
- WHO. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Edition)*. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>; ultima consultazione 05/04/2025.

ELEMENTI UTILI PER LA COSTRUZIONE E IL RAFFORZAMENTO DELLE RETI ANTI-VIOLENZA

Elisa Fattori, Chiara Marchetti, Claudio Pagliara, Alessandra Pifferi
Azienda USL Toscana Sud Est, Arezzo

Introduzione

Il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023 è articolato in 4 assi: “Prevenzione”, “Protezione e sostegno”, “Perseguire e punire”, “Assistenza e promozione”. L’asse “Protezione e sostegno” è centrato sulla finalità di accompagnare la donna e gli eventuali minori nel percorso di uscita dalla violenza. Nel caso dell’asse “Protezione e sostegno”, attraverso le priorità e le relative attività, vengono messi a disposizione strumenti atti a garantire la presa in carico e l’uscita dalla violenza della donna e degli eventuali minori vittime di violenza assistita, sostenendo e facilitando la restituzione della piena dignità e autonomia e il successivo svincolo anche dai percorsi di sostegno (Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023) (Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Pari Opportunità, 2021).

Priorità e relative attività:

- presa in carico;
- *empowerment*;
- monitoraggio e miglioramento dei percorsi;
- potenziamento della linea telefonica 1522;
- protezione tutela e sostegno psicosociale di minori vittime di violenza assistita.

Tra le priorità individuate, risulta fondamentale la presa in carico, con la quale si deve favorire il coinvolgimento di tutti i soggetti che possono rivestire un ruolo centrale non solo nella gestione dell’emergenza, ma anche nelle attività di inserimento abitativo e lavorativo e di *empowerment* delle persone che subiscono violenza. In tal modo, l’attivazione e il rafforzamento delle Reti anti-violenza rappresentano elemento fondante di ogni intervento di prevenzione e di contrasto della violenza di genere e di quella assistita da minori.

A partire dalle priorità, si individuano per ciascuna le relative aree di intervento, che prevedono:

- Finanziamenti per l’attivazione di Reti.
- Progetto pluriennale a supporto delle strutture di *governance* attraverso:
 - un sistema di accreditamento per le strutture che intervengono nella presa in carico;
 - procedure di presa in carico, in presenza di minori, da parte dei servizi sociali territoriali;
 - un modello contenente gli standard delle caratteristiche e metodologie identificate dalle reti territoriali antiviolenza.

Rete anti-violenza

Il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023 fornisce indicazioni utili circa la costituzione delle Reti anti-violenza e del suo governo. I passaggi sotto

riportati dettano presupposti, *governance*, interazioni, e soggetti coinvolti. I presupposti da porre in atto per consentire ai soggetti di operare efficacemente sono:

- chiarezza di ruoli e competenze dei soggetti e degli attori coinvolti e delle modalità per l'assunzione di decisioni, così da facilitare il processo di programmazione e attuazione degli interventi;
- coerenza negli intenti fra settori differenti che concorrono ad articolare l'integrazione tra politiche (tutela e prevenzione, sensibilizzazione, istruzione e formazione, protezione ed empowerment, ecc.);
- costruzione e potenziamento di Reti di collaborazione e partenariati fra gli attori che nei territori operano nelle politiche di contrasto alla violenza maschile sulle donne (Istituzioni locali, Associazioni, Organismi *no-profit*, Cooperative sociali, Servizi sociali e socio-sanitari, Istituti scolastici, Università e Centri di formazione, ecc.), al fine di sviluppare sinergie e potenziare l'efficacia degli interventi attivati (Presidenza Del Consiglio Dei Ministri Dipartimento Pari Opportunità, 2021).

Dal punto di vista del processo decisionale, la filosofia alla base del modello di *governance* dovrà essere animata da un approccio condiviso, capace di armonizzare le diverse linee d'azione che ne scaturiranno. Questo risultato sarà garantito dall'assimilazione dei seguenti obiettivi che, disponendosi trasversalmente a tutti gli assi di intervento e caratterizzando l'intero processo di realizzazione, consentiranno di generare un quadro coerente:

- rappresentare le visioni e gli impulsi indicati dal Dipartimento per le Pari Opportunità, maturati in virtù delle esperienze realizzate e dei risultati raggiunti, nonché frutto di una visione complessiva proveniente dal livello strategico condotto.
- integrare i contributi forniti dagli stakeholder e dal partenariato socioeconomico, soggetti che possono rappresentare efficacemente le istanze dei soggetti interessati e che sono in grado di fornire una lettura consapevole e capillare sul fenomeno della violenza, con la possibilità di supportare le Amministrazioni centrali e locali nella definizione della strategia che sottende il Piano.
- accogliere le proposte e gli indirizzi provenienti dalle strutture di *governance* costituite dalla Cabina di regia interistituzionale nazionale (Italia, 2022) e dagli organismi territoriali, nonché le osservazioni fornite nell'ambito dei tavoli tematici.

L'interazione tra i diversi soggetti che operano per la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile contro le donne è garantita mediante la formalizzazione di protocolli d'intesa ispirati al principio del partenariato pubblico-privato e al pieno coinvolgimento di tutte le istanze rilevanti. Il livello della *governance* territoriale, che declina quella nazionale, assicura a livello politico la piena integrazione e coordinamento delle politiche regionali a sostegno delle donne che subiscono violenza, nonché la più ampia condivisione di obiettivi, interventi e azioni con tutte le istanze rilevanti a mezzo della costituzione di Cabine di regia interistituzionali, tavoli inter assessoriali o altri organismi costituiti *ad hoc* e Reti/Tavoli/Cabine territoriali attivate dalle Regioni (Italia, 2020).

Le modalità di collaborazione previste per concretizzare l'interazione a livello territoriale intendono:

- potenziare l'utilizzo dei luoghi di confronto e di concertazione tra Amministrazioni e parti sociali già istituiti (conferenze, tavoli, ecc.), per dialogare, scambiare contenuti e buone prassi, condividere metodologie e interventi attraverso cui agire;
- coinvolgere le Amministrazioni centrali competenti e le Regioni nell'ambito di accordi mirati, protocolli d'intesa, tavoli interistituzionali, con il fine di affrontare congiuntamente le problematiche della violenza maschile sulle donne in tutti i suoi aspetti;

- coinvolgere Comuni, Province e Città metropolitane nei processi di programmazione e di mappatura, promuovendo il rilancio della collaborazione con l'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) e l'Unione delle Province d'Italia (UPI), con la sottoscrizione di Protocolli d'Intesa fondati su nuove basi e sistemi di regole, per la istituzione, ove necessario, di "consulte" o patti territoriali tesi a garantire un presidio ottimale degli interventi, nell'ambito del modello di *governance* territoriale definito a livello regionale;
- valorizzare le relazioni tra gli Enti territoriali, i Centri antiviolenza e le Case rifugio.

Soggetti della Rete

I soggetti coinvolti nel modello di governo del Piano, come anticipato, sono molteplici e la loro azione amministrativa risulta fortemente interconnessa. Al fine di consentire una piena attuazione degli indirizzi prefissati dal Piano, il sistema di governo richiede un'organizzazione ampia e condivisa, si sviluppa attorno a strutture, di cui si forniscono i principali aspetti che ne individuano funzioni e compiti per un ottimale funzionamento.

La Rete antiviolenza può essere definita una rete integrata di soggetti pubblici e privati e deve coinvolgere i seguenti ambiti istituzionali e privati competenti:

- ambiente istituzionale pubblico;
- Centri antiviolenza (CAV);
- organizzazioni operanti sul territorio regionale e iscritte ai registri regionali del volontariato.

Per lavorare in Rete occorre partire da basi condivise, da una univoca lettura del fenomeno e con un approccio comune alla problematica, avendo ben chiari compiti e necessità degli altri professionisti coinvolti.

Servizio Sanitario Nazionale

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) mette a disposizione di tutte le donne, italiane e straniere, una rete di servizi sul territorio, ospedalieri e ambulatoriali, di area sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, anche attraverso strutture facenti capo al settore materno-infantile, come ad esempio il Consultorio familiare, al fine di assicurare un modello integrato di intervento, secondo quanto riportato, in numerosi documenti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) (Krug *et al.*, 2002; WHO, 2006; WHOa, 2013; WHO, 2013; WHO, 2016; WHO, 2021). Uno dei luoghi in cui più frequentemente è possibile intercettare la persona vittima di violenza è il Pronto Soccorso. È qui che le vittime di violenza, a volte inconsapevoli della loro condizione, si rivolgono per un primo intervento sanitario. In particolare, per la tempestiva e adeguata presa in carico delle donne che subiscono violenza e si rivolgono al Pronto Soccorso sono state adottate nel 2017 le linee guida nazionali (Italia, 2018).

La WHO sin dal 2002 studia e pubblica documenti sul tema della violenza sulle donne e sui minori (Krug *et al.*, 2002). Nei documenti citati, si afferma che la violenza contro le donne è un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche che richiede azioni urgenti. I Servizi sanitari sono in una posizione privilegiata per attivare interventi adeguati alle necessità sanitarie e psicosociali delle donne che hanno sperimentato la violenza e fornire loro indicazioni sui percorsi di aiuto.

L'SSN si deve far carico delle vittime di violenza, raccogliere dati, evidenziare fattori di rischio, promuovere programmi di prevenzione, svolgere un ruolo trainante (*advocacy*)

nell'indicare la violenza come un problema di sanità pubblica, nonché disporre di personale formato e aggiornato così come ampiamente riportato nella Parte Prima di questo volume.

I Servizi sanitari sono in una posizione privilegiata affinché il personale possa attivare interventi adeguati alle necessità delle donne che hanno sperimentato la violenza, rappresentando un alleato attivo e di valore nella risposta globale alla violenza. Chi opera nell'assistenza sanitaria si trova quindi in una posizione vantaggiosa per individuare i casi di abuso e indirizzarli se necessario ad altri servizi territoriali.

L'SSN garantisce nei casi di violenza domestica i livelli essenziali di assistenza come segue (Italia, 2017):

- supporto clinico e assistenziale integrato in un percorso di aiuto;
- supporto emotivo/psicologico;
- documentazione adeguata al supporto legale e giudiziario;
- informazioni alle donne per aiutarle ad affrontare il percorso necessario sia per risolvere i problemi di tipo clinico/assistenziale che metterle a conoscenza dei possibili aiuti presenti sul territorio.

Il personale di area sanitaria e socio-sanitaria ha un ruolo chiave nel rispondere ai bisogni di chi subisce una qualsiasi forma di violenza, per diversi motivi: sono spesso le prime figure, e a volte le sole, che possono rendersi conto della situazione che la donna sta vivendo; rappresentano spesso delle figure autorevoli nella comunità, e i loro comportamenti hanno un “peso” importante sulla singola paziente e sulle persone che la circondano; la violenza, presente o passata, costituisce una delle cause della malattia/sofferenza (a volte la principale) e va, quindi, inclusa nella diagnosi e nella presa in carico (de Girolamo & Romito, 2014).

Un'operatrice o un operatore sanitario è probabilmente il primo professionista che viene a contatto con le vittime di violenza del partner o di aggressione sessuale, e le statistiche mostrano che le donne abusate fanno riferimento ai Servizi di assistenza sanitaria con maggiore frequenza rispetto alle donne non abusate, identificando nel personale sanitario le figure di cui fidarsi, maggiormente, per rivelare l'abuso.

Le modalità di approccio sono diverse:

- i casi in cui i Servizi vengono interessati in fase acuta per le conseguenze dirette dell'atto violento (Pronto Soccorso e 118);
- i casi di violenza che emergono durante un colloquio tra la donna e il personale di altri Servizi territoriali (*setting* assistenziali, Consultori familiari, Residenza Sanitaria Assistenziale, Personale infermieristico di Famiglia e Comunità, Medici di Medicina Generale-MMG, Pediatri di Libera Scelta-PLS, ecc.).

Spesso la violenza subita emerge nel corso di una relazione di cura e di aiuto precedentemente richiesta dalla donna per problemi diversi da quelli della violenza. Tuttavia, non mancano delle criticità, ancora oggi, alcuni professionisti sanitari potrebbero tendere a considerare la violenza contro le donne come un problema di giustizia penale, e in particolare la violenza da parte del partner come una questione privata. Talvolta potrebbe essere carente una corretta e aggiornata preparazione, in quanto la formazione medica, infermieristica e delle professioni sanitarie in genere non affronta approfonditamente questo tema. Affinché il personale sanitario e socio-sanitario svolga il proprio ruolo fronteggiando gli effetti della violenza e si prenda pienamente le proprie responsabilità, è necessario sensibilizzare e fornire informazioni conoscenze, competenze e strumenti necessari per rispondere in modo efficace ai bisogni delle persone che subiscono la violenza, riconoscendone, prontamente, segni e sintomi.

A tal proposito la WHO, nella raccomandazione n. 32, 2013 (WHO, 2013a), dichiara che la formazione del personale di salute deve includere diversi aspetti, quali: l'identificazione della

violenza; la valutazione del rischio; la programmazione di un piano di sicurezza; le competenze comunicative e quelle cliniche; la documentazione e l'indicazione di ulteriori servizi cui poter fare riferimento.

Consultorio familiare

Una delle missioni del Consultorio familiare è la prevenzione del fenomeno della violenza di genere mediante interventi mirati sul singolo, sulla coppia, sulla famiglia e sulle/sugli adolescenti che accedono al Servizio.

L'evoluzione del contesto in cui agisce il Consultorio, reso ancora più difficile negli anni dall'emergenza COVID-19, è conseguente ai nuovi bisogni sociali e sanitari, alle nuove forme di povertà, all'emarginazione, alla maggiore fragilità e percezione del disagio, alle nuove scoperte sull'influenza del genere nella malattia e nelle cure e allo spostamento del baricentro dall'Ospedale al Territorio. Tutto ciò deve comportare un rafforzamento del lavoro d'équipe e di Rete, un potenziamento dell'offerta attiva, dei nuovi modelli organizzativi in una logica di percorso e nuove modalità di offerta.

Percorso assistenziale di accoglienza, valutazione e presa in carico delle donne che subiscono violenza

Gli obiettivi del percorso devono prevedere l'individuazione dei requisiti minimi e di qualità sul versante clinico-assistenziale, delineare il percorso della donna che subisce violenza, introdurre una rilevazione del rischio da parte del personale consultoriale nella fase di accoglienza, di presa in carico, di monitoraggio e di rivalutazione del caso, definire il ruolo del Consultorio nella Rete.

Le modalità di accesso possono avvenire spontaneamente o anche su invio effettuato da altri soggetti della Rete e da altri percorsi consultoriali. Ogni forma di accesso deve prevedere quanto di seguito dettagliato:

- accoglienza e un ascolto da parte di personale formato
- indirizzamento al Pronto Soccorso di riferimento, in caso di accesso di una donna che abbia subito violenza e che necessiti di cure in ambito ospedaliero o di accertamenti di natura forense;
- raccordo con l'inviante e con la Rete Territoriale;
- attenzione a tutti gli elementi che potrebbero rilevare una situazione di violenza.

In questa ottica importanti sono l'individuazione di fattori di rischio della valutazione degli indicatori fisici, anamnestici, psicologico/comportamentali, come riportato nel capitolo “Segni, sintomi e indicatori per una corretta individuazione dei casi di violenza e di percorsi specifici per donne e minori”.

Il percorso attuato all'interno del consultorio familiare deve poter prevedere:

- informazione sulla privacy e sull'intervento offerto, previa acquisizione di consenso specifico, trattandosi di dati a maggior tutela;
- rilevazione del rischio di re-vittimizzazione attraverso il *Danger Assessment 5* – DA5;
- attivazione della Rete con la definizione del progetto individualizzato di intervento, e l'eventuale valutazione del rischio attraverso l'utilizzo di questionari specifici (es. il SARA-S) (Riquadro 1);
- intervento di valutazione e sostegno psicologico;
- monitoraggio e verifica dei casi in équipe.

All'interno del Consultorio, inoltre, in assenza della definizione di un percorso specifico e specializzato per la presa in carico del maltrattante, si può prevedere la valutazione psicologica del soggetto per individuare l'eventuale possibilità di trattamento, anche su segnalazione dell'Autorità Giudiziaria.

Se la donna al termine del colloquio non vuole intraprendere nessuna azione di cure, va comunque informata sui Centri antiviolenza e sui Servizi che la Rete territoriale è in grado di offrire affinché possa fare delle scelte consapevoli e autonome, nel rispetto dei propri tempi.

RIQUADRO 1

FOCUS: valutazione del rischio di recidiva della violenza

Rispetto alla violenza non è possibile stimare il rischio primario, ovvero effettuare una valutazione probabilistica che un determinato evento, in questo caso l'azione violenta, possa in assoluto presentarsi, insorgere o accadere per la prima volta, ma piuttosto quello secondario. Si tratta di valutare la probabilità che un evento già verificatosi possa proporsi con medesima o maggiore intensità. La possibilità di valutare il rischio di recidiva diventa importante per elaborare un piano di gestione del rischio, quindi mettere in sicurezza la vittima e prevenire l'escalation della violenza, la recidiva e il femminicidio.

La valutazione del rischio può essere di tipo clinico, intuitivo, con metodi statistici o strutturata professionalmente. La valutazione del rischio è inoltre un concetto dinamico, che varia in funzione del contesto e del tempo, i cui obiettivi per prevenire la violenza sono di seguito riportati:

- guidare, supportare le indagini qualora previste.
- migliorare la consistenza delle decisioni.
- aiutare la chiarezza delle decisioni.
- gestire il livello di responsabilità.

Dal momento che nella gestione del rischio appaiono coinvolti diversi attori quali CAV, Forze dell'Ordine, Magistrati, risulta importante avvalersi di un linguaggio condiviso e di strumenti che consentano una comprensione comune della situazione e promuovano un lavoro di Rete.

Il rischio della violenza è un costrutto multifattoriale, caratterizzato da:

- Natura: Quale tipo di violenza può verificarsi?
- Gravità: Quanto grave può essere la violenza?
- Frequenza: Quanto spesso avviene la violenza?
- Imminenza: Quanto nell'immediatezza può avvenire?
- Possibilità: Con quale probabilità si verificherà la violenza?

Si tratta, pertanto, di individuare i fattori che hanno portato una persona ad agire violentemente in passato e determinare se questi o altri fattori possano determinare il reiterarsi di comportamenti violenti.

Lo *Spousal Assault Risk Assessment-Screening* (SARA-S) è uno strumento di valutazione professionale strutturata ideato in Canada da Kropp per valutare il rischio che un comportamento violento possa riverificarsi nel breve e nel lungo periodo (Kropp *et al.*, 1995). Nasce dall'analisi dettagliata della letteratura scientifica, professionale e clinica dei fattori di rischio implicati nei comportamenti violenti. In Italia è stato validato da Baldry e Roia (2011) ed è utilizzato, oltre che dai CAV, anche dalle Forze dell'Ordine. Questo strumento non individua i segnali di rischio, ma i fattori di rischio, cioè caratteristiche e circostanze la cui presenza aumenta la probabilità del perpetrarsi della violenza (Baldry & Roia, 2011; Baldry, 2016).

SARA-S

Che cosa è?

- Uno strumento di valutazione professionale strutturata.
- Fornisce un quadro esaustivo della pericolosità del maltrattante (rischio di recidiva).
- Uno strumento strutturato e rigoroso, un promemoria sulle aree su cui ci si deve soffermare di volta in volta nei casi di violenza nelle relazioni intime.

Che cosa non è?

- Non si sostituisce alle prove ottenute durante le indagini.
- Non è un test psicometrico che assegna punteggi a soggetti.
- Non è una scala clinica che rivela la personalità della donna o del maltrattante/imputato.

Nello specifico vengono individuati 15 fattori di rischio, la cui presenza permette di definire un rischio di recidiva basso medio o alto, un rischio di escalation o un rischio di violenza grave e letale. I fattori di rischio presenti nel SARA-S possono essere di tipo statico o dinamico; questi ultimi, proprio perché modificabili nel tempo, devono essere presi in considerazione nel piano di gestione del rischio (Kropp *et al.*, 1995).

Lo strumento è diviso in tre sezioni, due relative all'autore della violenza e una relativa alle caratteristiche della donna. È l'interpolazione tra tutti i fattori e non la somma a determinare il livello di rischio.

Il SARA-S indaga, infatti, i fattori relativi a:

- violenze nei confronti del partner o di ex partner (quindi valuta i comportamenti violenti life time)
- adattamento psicosociale dell'autore di violenza (tra cui problemi psichiatrici, di abuso di sostanze, lavorativi e precedenti penali)
- fattori di vulnerabilità della vittima (quali risorse personali e sociali, interne ed esterne)

Vengono inoltre considerati come ulteriori fattori che determinano il rischio e la sua escalation la presenza di armi, l'agire violenza di fronte ai figli e il maltrattamento dei figli.

Anche se questo metodo ha un margine di discrezionalità se ben applicato può raggiungere alti livelli di attendibilità e validità, consultando qualora lo si ritenga opportuno altri professionisti. Le fonti di informazione per la compilazione del SARA-S, infatti, possono essere rappresentate sia dall'intervista, sia dall'analisi del fascicolo giudiziario o dalle informazioni fornite dalle Forze dell'Ordine.

Il SARA-S inoltre andrebbe ripetuto nei momenti di cambiamento in cui può appunto variare il rischio di recidiva, come la decisione della donna di interrompere la relazione, la presenza di una nuova relazione sentimentale, le questioni relative all'affidamento dei figli e l'eventuale scarcerazione del reo.

Consultorio Giovani: dalla prevenzione alla presa in carico

La Scuola è il luogo fondamentale in cui svolgere un lavoro di educazione emotiva e affettiva, per fornire alle/ai giovani spunti di riflessione per aiutarli a interiorizzare un'immagine di sé degna di affetto e rispetto e costruire così un rapporto di coppia più sereno e rispettoso. In questo senso il Consultorio può prevedere in collaborazione con gli attori della Rete, corsi di formazione per insegnanti, percorsi strutturati con Gruppi *Peer* da integrare con interventi di sensibilizzazione con gli studenti e le studentesse. Gli interventi preventivi nelle scuole e nel territorio promuovono una maggiore conoscenza di quelle che sono le violazioni dei diritti fondamentali delle donne e dei diritti umani e generali, diffondono la cultura della non discriminazione e gli stili di vita non violenti (promozione ed educazione alla salute attraverso *Life Skills* e *Peer Education*).

Medici di medicina generale o medici di famiglia

La migliore strategia per rispondere alla violenza è l'approccio multidisciplinare con tutti i soggetti che hanno un ruolo essenziale nella presa in carico della donna e della sua famiglia. Per questo motivo l'MMG riveste un ruolo fondamentale, infatti è spesso il primo interlocutore, con il quale la donna viene in contatto. In tal senso è fondamentale che gli MMG partecipino agli eventi formativi, soprattutto per la conoscenza del problema e per fornire le indicazioni sui percorsi esistenti.

Gli ambiti che occorre rafforzare affinché gli MMG possano contribuire ad affrontare il problema di salute connesso alla violenza domestica sono:

- prendere in considerazione la violenza domestica nelle diagnosi differenziali dei disturbi più comunemente associati al fenomeno per intercettarne i segnali;
- accogliere e aiutare la donna fornendole le informazioni sulle reti di sostegno locale (CAV, 1522, ecc.);
- registrare il problema nella cartella informatizzata in modo da ottenere i dati di incidenza del fenomeno;
- sensibilizzare le persone assistite, che frequentano l'ambulatorio, attraverso l'esposizione nella sala d'aspetto di poster e opuscoli informativi con i riferimenti delle organizzazioni locali preposte all'aiuto.

Servizio Sociale territoriale

Il Servizio Sociale territoriale è considerato l'elemento fondamentale per promuovere un cambiamento sociale e culturale relativamente al tema della violenza.

Una famiglia dove la donna è oggetto di violenza propone alle figlie e ai figli un modello relazionale che facilmente verrà reiterato. Promuovere il cambiamento di questo tipo di cultura rientra tra i compiti e gli obiettivi del Servizio Sociale.

L'assistente sociale del territorio più di altre figure ha la possibilità di contribuire a fare emergere il problema della violenza sulle donne e costituisce il riferimento professionale sia per gli altri Enti e Servizi del territorio, sia per gli invii interni all'équipe multidisciplinare allo scopo di costruire un supporto individualizzato.

Gli interventi di assistenza economica, o le segnalazioni di dispersione scolastica o le richieste di indagine dei Tribunali e ogni altra attività del Servizio, sono ulteriori occasioni per entrare nelle famiglie, conoscerne lo stile di vita ed entrare in comunicazione con le donne, stabilendo una relazione di fiducia che può facilitare l'emersione del problema della violenza subita.

L'assistente sociale nell'ambito della violenza domestica può intervenire sia nella fase acuta, che nella presa in carico successiva. Nella fase acuta stabilisce se sia necessario un allontanamento immediato della donna dal maltrattante, a seguito di una valutazione del rischio di recidiva e di aggravamento. Nella successiva presa in carico ha il compito di coordinare e di attivare i componenti della presa in carico multidisciplinare al fine di costruire insieme alla donna un percorso adeguato di fuoriuscita dalla violenza (Anci-D.i.Re, 2014).

Ogni donna, che entra in contatto con i Servizi Sociali, dovrebbe percepire che la violenza è stata identificata, che è stata accolta e creduta e che "è normale" non essere in grado di riconoscere i rischi della violenza quando viene subita, che le scelte personali sono state rispettate, che i Servizi la possono orientare, aiutare, accompagnare. Ogni azione proposta o intrapresa presuppone sempre il consenso della donna che ha diritto ad essere informata in modo esaustivo su tutte le implicazioni che le sue decisioni potranno avere ed esserne pienamente consapevole.

Presa in carico territoriale

La presa in carico significa assumere la responsabilità di programmare e gestire un intervento in modo intenzionale e strategico, utilizzando strumenti e risorse per risolvere il problema e superare gli ostacoli che la persona da sola non è in grado di gestire. Quindi il prendersi cura non è altro che farsi carico del problema dell'altro. L'espressione "presa in carico" infatti rimanda all'idea di un servizio che "si fa carico" di seguire continuamente una persona (o una famiglia), di non lasciarla a sé stessa, di garantire una presenza capace di offrire opportunità e sostegni, con l'obiettivo promozionale di permettere alle persone di controllare attivamente la

propria vita. La presa in carico va intesa come un processo in cui una operatrice/un operatore sociale, a fronte di una domanda espressa o inespressa, ma comunque sulla base di un mandato istituzionale, progetta uno o più interventi rivolti a una persona o a un nucleo di convivenza, mantenendo con essa (esso) un rapporto continuativo al fine della revisione dell'intervento stesso, nel corso del tempo. Tale processo di presa in carico si traduce in un progetto condiviso e concordato con i soggetti coinvolti e interessati e che ha come obiettivo principale quello di valorizzare e promuovere la partecipazione e le potenzialità, anche se residue, delle donne che subiscono violenza.

Centri antiviolenza (CAV)

Non sono una realtà recente, in quanto sono nati in Italia negli anni '80 sull'onda delle mobilitazioni femministe del decennio precedente, quando grazie alle analisi sviluppate dal movimento femminista, la violenza domestica iniziò ad emergere come fenomeno strutturale e si cercò di trovarvi una risposta. Da allora si iniziarono a creare strutture per aiutare e sostenere donne e minori nei percorsi di fuoriuscita dalla violenza.

I CAV sono luoghi in cui vengono accolte le donne che hanno subito violenza. Grazie all'accoglienza telefonica, ai colloqui personali, all'ospitalità in case rifugio e ai numerosi altri servizi offerti, le donne sono coadiuvate nel loro percorso di uscita dalla violenza.

Essi offrono, su base volontaria, diversi servizi alle vittime di violenza: accoglienza telefonica, colloqui personali e altri servizi utili alla realizzazione di progetti personalizzati di uscita dalla violenza; solitamente i casi riguardano la violenza di genere e in queste strutture, le donne possono trovare l'aiuto di psicologi, avvocati, medici e specifici professionisti per una consulenza e un aiuto pratico (ISTAT, 2023).

I CAV insieme alle Case rifugio sono promossi da Enti locali, in forma singola o associata, e/o da Associazioni operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza, che utilizzano una metodologia di accoglienza basata sulla relazione tra donne. Tali strutture costituiscono il fulcro della Rete territoriale impegnata nella presa in carico delle donne che vivono una qualche forma di violenza. Si tratta di servizi specializzati che lavorano sulla base di una metodologia dell'accoglienza strutturata secondo un approccio di genere e sui principi della Convenzione di Istanbul.

Al fine di garantirne il costante e regolare funzionamento, questi servizi sono destinatari di specifici finanziamenti in forma continuativa ai sensi dell'art. 5 bis del decreto-legge 93/2013 (art. 22 e 23 del Codice di Ingresso) (Presidenza del Consiglio dei Ministri). Alla definizione dei requisiti per tali finanziamenti ha concorso quanto stabilito dall'Intesa Stato Regioni del 27 novembre 2014.

La loro azione, però, non si limita a intervenire nei casi di violenza e di richiesta di aiuto, ma intende andare alla radice del problema, cercando di prevenire prima che il ciclo della violenza si sia strutturato e consolidato. Le azioni di prevenzione sono orientate ad organizzare manifestazioni ed eventi di sensibilizzazione; significa agire sul territorio di riferimento, cercando di eliminare alla radice i retaggi maschilisti – perché violenza di genere e femminicidi partono proprio da lì. In particolare, quest'azione è tanto più importante sulle nuove generazioni, che solitamente sono più sensibili e ricettive a questi input.

Un'ulteriore risorsa è costituita dal numero di pubblica utilità 1522 Antiviolenza e *Antistalking*. Il numero 1522, promosso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità, gratuito e attivo 24h su 24h, accoglie con operatrici specializzate le richieste di aiuto e sostegno delle vittime di violenza e *stalking*.

Il 1522 è utile per dare un primo supporto alle donne in difficoltà e a metterle in contatto con il centro più vicino e con strutture della Rete territoriale dei servizi di area sanitaria e socio-sanitaria, al fine di fornire risposte efficaci alla domanda di aiuto posta dalla donna.

Forze dell'Ordine

Le Forze dell'Ordine svolgono compiti di controllo del territorio, prevenzione e repressione dei reati e funzioni di polizia giudiziaria ai sensi dell'art. 55 del Codice di Procedura Penale. Per quanto riguarda le donne che subiscono violenza, le Forze dell'Ordine svolgono le seguenti funzioni:

- ascolto e prima valutazione;
- valutazione delle situazioni di pericolo e interventi di tutela;
- informazione sui diritti;
- raccolta dell'eventuale denuncia.

Le Forze dell'Ordine hanno attuato in questi anni una serie di azioni mirate al miglioramento della qualità dei servizi rivolti alle vittime di violenza, in special modo per quanto riguarda i meccanismi di contatto con la Rete territoriale. Tali azioni hanno riguardato interventi funzionali ad un incremento quali-quantitativo delle competenze e delle conoscenze da parte delle figure professionali che entrano in contatto con le donne che subiscono violenza. Occorre seguire il criterio della formazione curriculare, della specializzazione e dell'aggiornamento di coloro che operano in tale ambito.

Le donne con una storia di violenza hanno il diritto di essere tutelate e di ottenere giustizia in tempi rapidi. Per questo motivo, è essenziale attivare la collaborazione tra gli attori delle Reti territoriali, implementando la sinergia con i soggetti istituzionali (Ministero dell'Interno, della Difesa, della Giustizia, i Tribunali civili, penali e minorili), per garantire risposte rapide ed efficaci alle donne che vivono o hanno vissuto in contesti di violenza e alle/ai minori vittime di violenza assistita, considerando l'interesse superiore della donna, così come richiesto dalla Convenzione di Istanbul. Le situazioni che emergono devono essere indagate al fine di evitare ulteriori episodi di violenze, inoltre gli autori devono essere perseguiti e puniti secondo l'ordinamento vigente. Rilevante è la tempestiva attivazione delle istituzioni preposte nella protezione delle donne e la messa in opera di azioni da avviare nella fase che segue la denuncia al fine di evitare ulteriori esiti.

Il Ministero dell'Interno ha presentato alcune azioni riguardo alla tutela delle vittime e all'efficacia degli interventi delle Forze dell'Ordine, di seguito elencati:

- utilizzo di un applicativo interforze “Scudo” che consente al personale della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri di visionare i precedenti interventi e le banche dati delle forze di Polizia.
- applicazione delle linee guida per la Polizia di Stato per il riconoscimento delle situazioni di pericolo.
- attivazione, presso le Questure, di sezioni specializzate della Squadra mobile che indagano su reati di violenza e violenza sessuale contro donne e minori.
- sostegno delle donne nella fase della denuncia delle violenze subite attraverso il supporto di personale specializzato e di psicologi - progetto “... questo NON è AMORE” (Polizia di Stato, 2024).
- istituzione da parte dell'Arma dei Carabinieri della “stanza di accoglienza”, in collaborazione con l'Associazione Soroptimist, dove le donne possono sentirsi a proprio agio nel delicato momento della denuncia di violenze e abusi, nel rispetto della dignità della persona.

Centri per autori di violenze

I programmi sviluppati nei Centri per autori di violenza mirano ad analizzare e comprendere i diversi fattori che influenzano a tutti i livelli le modalità attraverso cui gli uomini assumono la responsabilità sui comportamenti violenti messi in atto.

In quest'ottica, dovrebbero pertanto integrare metodologie volte a produrre cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti individuali con approcci in grado di incidere sulle credenze culturali socialmente condivise che possono rafforzare la resistenza dei maltrattanti al cambiamento. Nel Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020 era prevista l'attivazione di percorsi di rieducazione degli uomini autori di violenza contro le donne come raccomandato nell'art. 16 della Convenzione di Istanbul (Consiglio d'Europa, 2011), ratificato dall'Italia con la Legge 77/2013 (Italia, 2013).

La legge sul Codice Rosso ha previsto modifiche al Codice Penale e al Codice di Procedura Penale tra queste ha introdotto la previsione della "rieducazione" della persona maltrattante condannata. Ciò ha portato ad un aumento delle richieste di trattamento presso tutti i Centri per autori di violenze, presentando peraltro alcuni rischi, che vanno prontamente prevenuti e che riguardano:

- definizione degli standard di qualità e dei requisiti dei programmi di intervento;
- disomogenea applicazione delle norme adottata dagli Uffici Giudiziari per l'invio degli autori di reato al trattamento, per il monitoraggio delle misure e per le attestazioni alle strutture che erogano il servizio;
- prescrizione che tali interventi siano a carico del condannato rischia di discriminare coloro che non possono accedere al trattamento perché non abbienti e di discriminare gli autori di reato perseguiti in base al Codice Rosso rispetto a quelli sottoposti ad ammonimento del Questore per i quali è previsto il trattamento gratuito.

Il gruppo europeo di esperti indipendenti denominato GREVIO (*Group of Experts on action against Violence against Women and Domestic Violence*) raccomanda all'Italia che il presente Piano garantisca gli standard minimi per i programmi rivolti agli autori di violenza di genere, garantendo che solo i soggetti che operano in conformità con la Convenzione di Istanbul e con le buone prassi riconosciute a livello nazionale, siano abilitati a realizzare gli interventi (Consiglio d'Europa, 2011).

Formazione

Aspetto strategico del successo della Rete è costituito dalla formazione delle operatrici e degli operatori di tutti i settori coinvolti sul tema. Devono essere previsti livelli diversi di formazione, specifica per professionalità, oltre che integrata. Inoltre, tutti i soggetti della Rete partecipano anche alla formazione che gli altri soggetti propongono. Ciò consente di mettere a frutto attività di formazione diverse, di integrare quanti siano coinvolti e di promuovere la reciproca conoscenza, elemento fondamentale per la riuscita del progetto.

Un'attività formativa efficiente ed efficace deve tener conto dell'aspetto metodologico/didattico e organizzativo, avvalendosi di strategie formative attive e organiche in grado di porre al centro dell'attenzione il partecipante al percorso formativo come descritto nella Prima Parte di questo Rapporto. Inoltre, l'attività formativa proposta deve essere orientata alla rappresentatività sul territorio e alla sostenibilità.

È utile coinvolgere diverse professionalità per assicurare una formazione multidisciplinare, riconoscendo il ruolo cardine del personale dei CAV attraverso l'esperienza acquisita e consolidata.

La formazione, inoltre, può incidere nella prevenzione della vittimizzazione secondaria e della discriminazione delle Istituzioni attraverso le seguenti azioni:

- sviluppo di programmi formativi congiunti multidisciplinari;

- rafforzamento delle conoscenze e delle competenze delle figure che entrano in contatto con la donna per l'identificazione dei segnali di violenza e l'avvio del percorso di fuoriuscita rivolto a operatori/operatrici sociali del pubblico, del privato e del privato sociale coinvolgendo gli ordini professionali (Magistrati/e, Forze dell'Ordine, Polizia giudiziaria, Avvocatesse/Avvocati, Personale sanitario e socio sanitario, Mediatori/mediatrici culturali, Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative);
- formazione obbligatoria ECM (Educazione Continua in Medicina) per tutte le professioni sanitarie e per i Servizi Sociali territoriali, in collaborazione con i CAV;
- programmi didattici sulla tematica da inserire nei cicli di formazione universitaria e nei percorsi di formazione delle figure professionali coinvolte nei percorsi di assistenza e sostegno alle donne vittime di violenza (infermieri/e, assistenti sociali, psicologhe e psicologi, educatrici ed educatori, insegnanti, avvocate e avvocati, magistrato e magistrati, consulenti tecnici d'ufficio);
- interventi formativi specifici diretti a tutte le figure del personale sanitario e socio-sanitario, degli Enti del Terzo Settore e del privato che gestiscono gli incontri protetti;
- interventi formativi rivolti al personale delle Forze dell'Ordine,
- progetti di valorizzazione e diffusione delle buone pratiche in ambito formativo sull'erogazione di servizi specifici per le donne che subiscono di violenza.

Bibliografia

- Anci-D.i.Re. *Linee guida per l'intervento e la costruzione di rete tra i servizi sociali dei comuni e i centri antiviolenza*, 2014. Di.Re. Donne in Rete contro la violenza. Roma: Anci-Di.Re; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2014/03/ANCI_DIRE_LINEE_GUIDA_ASSISTENTI_SOCIALI.pdf; ultima consultazione 05/05/2025.
- Baldry AC, Roia F. *Strategie efficaci per il contrasto ai maltrattamenti e allo stalking*. Milano: Franco Angeli; 2011.
- Baldry AC. *Dai maltrattamenti all'omicidio: la valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*, 6^a Edizione, aggiornata 2016. Milano: Franco Angeli; 2016.
- Europa. Consiglio di Europa. *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul, 11 maggio 2011*. Strasburgo: CoE; 2011 (Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa – N° 210). Disponibile all'indirizzo: <https://rm.coe.int/1680462537>; ultima consultazione 05/05/2025.
- ISTAT. *Le reti territoriali dei Centri antiviolenza: approccio, definizioni e linee guida*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2023. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/11/Le-reti-territoriali-dei-CAV_approccio_definizioni_linee-guida-15_11_2023.pdf ultima consultazione 07/04/2025.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15).
- de Girolamo G, Romito P. *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS*. Roma: Fioriti Editore, 2014.
- 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 30-01-2018.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 dicembre 2019. Ripartizione delle risorse del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità 2019, a favore delle regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. *Gazzetta Ufficiale- Serie Generale* – n 24 del 30-01-2020.

- Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Pari Opportunità. Istituzione della Cabina di regia interistituzionale sul fenomeno della violenza nei confronti delle donne e sulla violenza domestica. Decreto 29 marzo 2022. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 111 del 13-5-2022.
- Italia. 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 - Istanbul l'11 maggio 2011. Legge 27 giugno 2013, n. 77 (13G00122). *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n.152 del 01-07-2013.
- Kropp PR, Hart SD, Webster CD, Eaves D. *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)*. British Columbia, CA: The British Columbia Institute Family Violence; 1995.
- 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://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf; ultima consultazione 05/04/2025. Traduzione italiana a cura di Fossati E - Quaderni di sanità pubblica - *Violenza e salute nel mondo*. Milano: CIS Editore srl; 2002. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_ita.pdf;sequence=5 ultima consultazione 05/04/2025.
- Polizia di Stato. ...questo NON è AMORE. Roma: Polizia di Stato; 2024. Disponibile all'indirizzo: [brochure-questo-non-e-amore-2024.pdf](#); ultima consultazione 30/09/2025.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Pari Opportunità. *Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2021.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere [...] (13G00141)*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2013.
- Senato della Repubblica Italiana. *In difesa delle donne. Leggi, aiuti e risorse contro la violenza di genere in Italia*. Roma: Senato della Repubblica Italiana; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento/files/000/029/237/Guida_In_difesa_delle_donne.pdf ultima consultazione 05/04/2025.
- WHO. *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf?sequence=3; ultima consultazione 15/03/2024
- 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; 2013a. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1; ultima consultazione 05/04/2025.
- WHO. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guideline*. Geneva: World Health Organization; 2013b. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO_RHR_13.10_eng.pdf?sequence=1; ultima consultazione 05/04/2025.
- WHO. *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 05/04/2025.
- WHO. *Violence against women prevalence estimates, 2018: global fact sheet*. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/item/9789240022256>; ultima consultazione 15/03/2024.

ELEMENTI UTILI PER LA COSTRUZIONE E RAFFORZAMENTO DELLE RETI NELLA VIOLENZA ASSISTITA DA MINORI

Battista Giovanna De Luca (a), Maria Grazia Foschino Barbaro (b), Annalisa Loconsole (c)

(a) *già Prevenzione e Contrasto alla violenza contro le Donne e i Minori, ASL Lecce, Lecce*

(b) *Coordinamento della Rete dei Servizi per il contrasto della Violenza all'Infanzia, Regione Puglia, Bari*

(c) *Associazione italiana Scuola Psicoterapia Cognitiva, Bari*

Introduzione

Nel panorama internazionale l'approccio alla complessità della violenza, a partire dalla prevenzione sino alla cura, impone azioni multidisciplinari e multi-agenzia.

Nel programma INSPIRE, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) (WHO, 2020) suggerisce un insieme di strategie, con l'obiettivo di aiutare i governi e le comunità a realizzare programmi di prevenzione e servizi per la riduzione della violenza sulle/sui minori.

Sono indicate 7 strategie:

- I *Implementation and enforcement of laws* (implementazione e applicazione delle leggi);
- N *Norms and values* (norme e valori);
- S *Safe environments* (sicurezza degli ambienti);
- P *Parent and caregiver* (supporto ai genitori e ai responsabili di minori);
- I *Income and economic strengthening* (Reddito e rafforzamento economico);
- R *Response and support services* (servizi di lotta alla violenza e supporto);
- E *Education and life skills* (educazione e competenze psicosociali) (WHO, 2016; UNICEF 2018; Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza *et al.*, 2025).

In continuità con l'approccio ecologico e con le conoscenze sulla diffusione e il funzionamento traumatico, si è affermata la prospettiva del *Trauma-Informed Care* in cui la prevenzione e gli interventi psicosociali si integrano con i trattamenti clinici e psicoterapeutici in un'ottica di continuità delle cure, del coinvolgimento nei percorsi di presa in carico, di co-costruzione del benessere delle/dei minori, ma anche del benessere organizzativo delle reti coinvolte.

I principi che guidano l'approccio *Trauma-Informed Care* sono:

- sicurezza (stabilire la sicurezza fisica ed emotiva in tutta l'organizzazione, tra il personale e gli utenti);
- affidabilità e trasparenza (le decisioni sono prese con trasparenza e con l'obiettivo di costruire e mantenere la fiducia);
- supporto tra pari (le persone che condividono le loro esperienze sono parte integrante del servizio);
- collaborazione e reciprocità tra il personale e gli utenti (sostenere un processo decisionale condiviso);
- *empowerment* (i punti di forza degli utenti e del personale sono riconosciuti, costruiti e convalidati includendo la fiducia nella resilienza e nella capacità di guarire dal trauma);
- umiltà e sensibilità (fornire interventi che siano sensibili alle questioni culturali, storiche e di genere).

5° Piano Nazionale Infanzia

In Italia manca un provvedimento di indirizzo nazionale per il contrasto della violenza ai danni delle persone minori per età, tuttavia il 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023 Educazione, equità, *empowerment* (Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia, 2022) auspica la creazione di una Rete operativa territoriale, attraverso il potenziamento della Rete dei servizi che si occupano di tale fenomeno.

Il Piano auspica:

“l’individuazione, in ciascuna realtà regionale, di un centro specializzato con il ruolo di centro di eccellenza e con il compito di referente; la creazione o l’individuazione, presso ciascuna azienda ospedaliera, di un’équipe multidisciplinare specializzata che includa la figura dello psicologo debitamente formato, destinataria di un costante programma di formazione interdisciplinare e interistituzionale di tutti gli operatori dell’équipe, pronta a intervenire nei reparti del pronto soccorso in caso di sospetto maltrattamento, segnali di incuria, ipercura o sofferenza psicologica del minore di età. [...]

Il sistema dei servizi pubblici di tutela dovrebbe anche prevedere che i Pronto soccorso degli ospedali sappiano individuare le situazioni di maltrattamento per poi prenderle in carico insieme ai servizi territoriali. Il potenziamento della rete dei servizi dovrebbe anche prevedere la costituzione e l’operatività di équipe integrate sociosanitarie di base, che vedano il raccordo fra i servizi sociali, sanitari di base e specialistici, servizi educativi, e servizi giudiziari se del caso, attraverso accordi di programma o protocolli di intesa che ne definiscano il raccordo operativo.”.

Il modello organizzativo proposto dal Piano Nazionale risulta pressoché in parte già realizzato in alcune Regioni italiane, come ad esempio in Puglia, dove oltre all’équipe ospedaliera è stata recentemente costituita una Rete di servizi multidisciplinari, pubblici e privati, che persegue l’integrazione e i principi richiamati dal modello ecologico *Trauma-Informed Care*.

In Puglia, la Legge regionale n. 29/2014 “Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell’autodeterminazione delle donne”, all’art. 13, ha previsto l’adozione di linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza in danno dei minori (Regione Puglia, 2016).

Con la DGR 1878 del 30/11/2016, la Regione Puglia ha emanato “Le linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età” con la finalità di promuovere una presa in carico integrata e globale a partire dalla rilevazione sino al trattamento delle diverse forme di violenza all’infanzia. Gli indirizzi regionali hanno proposto il modello ecologico, come cornice di riferimento, oltre che l’architettura della presa in carico uniforme in ambito regionale, nel rispetto degli assetti locali già formalizzati, individuando gli attori della rete, articolata su 3 livelli di intervento, ognuno con specifiche funzioni e azioni, le fasi dell’intervento, puntando sul massimo livello di integrazione tra servizi pubblici, sociali, sanitari di base e specialistici, con il privato sociale, in particolare i Centri Antiviolenza.

Il modello di intervento prevede tre differenti livelli e il Gruppo di lavoro regionale:

– *I livello - Équipe multidisciplinari integrate territoriali*

Per ogni ambito territoriale/distretto socio-sanitario, le Équipe Multidisciplinari Integrate (EMI) territoriali sono costituite da 1 assistente sociale di ambito territoriale, 1 psicologo del Consultorio familiare, 1 educatore. L’équipe, inoltre, può avvalersi delle competenze di altri professionisti dei servizi territoriali – Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Medicina Generale (MMG), Neuro Psichiatria Infantile (NPI), Servizi per le Dipendenze

(SerD), Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) - articolazioni territoriali del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità, consiglio Superiore della Magistratura (CSM), Uffici di servizio sociale per i minorenni (USSM), ecc.) – e/o ospedalieri, oltre che della collaborazione con il Centro Antiviolenza ed eventualmente degli insegnanti di riferimento del minorenne. Le funzioni dell'équipe vanno dalla prevenzione primaria alla proposta di provvedimento a tutela dei minorenni, da interventi di natura protettiva del minore alla elaborazione e attuazione del progetto di intervento.

- *Il livello - Centri specialistici per la cura del trauma interpersonale*
Individuati su base provinciale/Azienda Sanitaria Locale, si compongono di psicologi-psicoterapeuti con competenze specifiche in materia di maltrattamento e violenza. I Centri hanno funzioni di consulenza, supporto e supervisione alle équipe territoriali di riferimento già costituite con particolare attenzione alla fase di valutazione diagnostica, di costruzione del progetto di intervento e alla realizzazione degli interventi psicoterapeutici attraverso il coinvolgimento di tutti i professionisti, in relazione ai contesti di vita del minore; è richiesta, inoltre, una specifica capacità di rapportarsi con la Magistratura affrontando i nodi critici relativi all'interazione tra l'intervento clinico e i procedimenti giudiziari. Il Centro può occuparsi della programmazione e del coordinamento per le attività di formazione, aggiornamento, supervisione, organizzazione di specifiche campagne di sensibilizzazione e/o informazione.
- *III livello - Centri altamente specializzati per il trattamento dei minorenni vittime di violenza*
Si tratta del Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati (GIADA) che opera presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari. Conta su un'équipe multidisciplinare di psicologi/psicoterapeuti, un assistente sociale, medici specialisti e aree delle discipline correlate alle varie forme di violenza (medico legale, medico di direzione sanitaria, pediatria, neonatologia, pronto soccorso, radiologia, chirurgia, ginecologia e ortopedia), un'infermiera professionale e si avvale anche delle specialità mediche presenti nell'Azienda Ospedaliera. GIADA ha funzioni di consulto e di formazione specialistica, interventi specialistici per i casi complessi, supporto tecnico scientifico.
- *Gruppo di lavoro regionale per il coordinamento e la supervisione della Rete dei servizi*
Istituito con DGR 29 dicembre 2021, n. 2238). La complessità della Rete regionale, composta da più reti territoriali, ha richiesto un presidio stabile di governo al fine di favorire il necessario supporto metodologico al lavoro delle équipe integrate, territoriali e/o ospedaliere (Regione Puglia, 2021).

La formazione specialistica rappresenta lo strumento operativo per promuovere l'integrazione, l'interscambio tra servizi e professionisti, per riconoscere e valorizzare le buone prassi esistenti sul territorio regionale. In tal senso è stata condotta una formazione specialistica, articolata in 9 moduli, realizzata in presenza in tre edizioni territoriali svolte a Foggia, Bari e Lecce, da gennaio a dicembre 2019. I percorsi formativi messi in campo hanno rappresentato non solo lo spazio per la condivisione e l'aggiornamento delle conoscenze e delle prassi, ma anche lo strumento per favorire le sinergie e il confronto, in un'ottica di dinamica partecipata, di strumenti e procedure.

L'esigenza di uniformare e rendere omogenee, in tutto il territorio regionale, le azioni interdisciplinari di un sistema multilivello e multi-agenzia, ha guidato la realizzazione di un "manuale operativo", articolato in diverse sezioni che presentano lo stato di attuazione delle linee guida regionali, le raccomandazioni per la presa in carico, i percorsi e gli strumenti operativi, condivisi in audit effettuati su piattaforme nel corso della pandemia da SARS-CoV-2. Nel manuale è stata riservata una sezione specifica con procedure e strumenti da privilegiare nel corso

di un'emergenza pandemica, ma anche l'elenco dei nominativi e dei contatti dei referenti della rete, oltre 478 operatori.

Il manuale, adottato con DGR 8 ottobre 2020 n. 1641, rappresenta una sorta di bussola per orientare in modo cooperativo i diversi attori istituzionali e del terzo settore, nel rispetto dell'autonomia dei singoli e della forza delle regole comuni, attraverso la produzione partecipata e l'applicazione congiunta di procedure e ruoli specifici (Regione Puglia, 2020).

Bibliografia

- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes. *III Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*. Italia: 2025 Disponibile all'indirizzo: <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2025-06/iii-indagine-maltrattamento.pdf>; ultima consultazione 30/09/2025.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia, 2022 *5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023 Educazione, equità, empowerment*. Firenze: Istituto degli Innocenti; 2022.
- Regione Puglia. *Deliberazione della Giunta Regionale 30 novembre 2016, n. 1878 – Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età*. Bari: Regione Puglia; 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.regione.puglia.it/documents/50493/712762/DDGR1878_2016_LineeGuidaMinori.pdf ultima consultazione 12/05/2025.
- Regione Puglia. *Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2021, n. 2238 D.G.R. Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età - Avvio iter istitutivo della Rete Regionale dei Servizi. Adozione Manuale Operativo*". Costituzione del gruppo di lavoro per il coordinamento e la supervisione della Rete Regionale dei Servizi. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 22 del 25-2-2022.
- Regione Puglia. *Deliberazione della Giunta Regionale 30 novembre 2020, n. 1641 – Adozione del Manuale Operativo della Rete Regionale dei Servizi*. Bari: Regione Puglia; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.regione.puglia.it/documents/50493/712762/DEL_1641_2020_Manuale+operativo+Linee+Guida+Minori.pdf; ultima consultazione 12/05/2025.
- WHO. *Global status report on preventing violence against children 2020* Geneva: World Health Organization; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d8ebcb72-a9ad-4ca9-9979-45f04b374e65/content>; ultima consultazione 30/09/2025.
- WHO. *INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children*. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children> ultima consultazione 12/05/2025.
- UNICEF. *INSPIRE indicator guidance and results framework - ending violence against children: how to define and measure change*. New York: United Nations Children's Fund; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/inspire-indicatorguidance-resultsframework.pdf?sfvrsn=7bb60fb5_5&download=true Ultima consultazione 17/03/2025.

RETE ANTITRATTA

Sonia Viale

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Roma

La tratta degli esseri umani è un fenomeno complesso che può essere contrastato solo agendo contemporaneamente su più leve, che tengano conto dei molteplici aspetti che caratterizzano il fenomeno stesso.

L'offerta di servizi che si è costruita nel nostro Paese attraverso l'utilizzo dei diversi canali di finanziamento, in particolare quelli derivanti dall'applicazione dell'art. 13 della Legge 11 agosto 2003, n. 228 (Italia, 2003) e dell'art. 18 DL.vo 286/1998 (Italia, 1998), e a seguire dal DPCM 16 maggio 2016 - "Definizione del Programma unico di emersione, assistenza ed integrazione sociale a favore degli stranieri e dei cittadini" di cui al comma 6 bis dell'art. 18 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, vittime dei reati previsti dagli articoli 600 e 601 del codice penale, o che versano nelle ipotesi di cui al comma 1 dello stesso articolo 18" - (Italia, 2016), riflette il sistema di protezione socio-assistenziale delineato dalle norme nazionali di protezione e contrasto alla tratta, e si articola in 4 fasi principali, a cui si rifanno tutti i soggetti attuatori operativi nei diversi territori:

- Fase di contatto, emersione e tutela della persona;
- Fase di prima assistenza propedeutica ai processi di inclusione sociale;
- Fase di formazione professionale e inserimento lavorativo;
- Fase di inclusione sociale e avvio all'autonomia abitativa.

Le azioni per la lotta alla tratta di esseri umani si muovono su due canali che ripercorrono il solco del «doppio binario» della norma italiana. Il primo concerne il contrasto e la repressione del crimine di sfruttamento di esseri umani, affidato a tutte le Forze dell'Ordine. Il secondo concerne la prevenzione della tratta e la protezione delle vittime, ed è di pertinenza dei Servizi sociali e degli Enti del privato sociale accreditato.

Il sistema italiano di protezione delle vittime di tratta finalizzata allo sfruttamento (sessuale, lavorativo, ecc.) fornisce un'assistenza alle vittime basata su 2 strumenti:

- *Programma unico di emersione, assistenza e integrazione sociale*
Ogni ente pubblico o associativo antitratta finanziato dal Dipartimento delle Pari Opportunità (DPO) – Presidenza del Consiglio dei Ministri fornisce assistenza alle vittime della tratta.
- *Numero Verde Antitratta 800 290290*
Questo numero telefonico gratuito per fornire aiuto alle vittime gestisce anche il sistema di Messa In Rete - MIR, uno strumento che permette di spostare per motivi di sicurezza le vittime attraverso diversi programmi antitratta. Il Numero Verde è un servizio telefonico, istituito nel 2000 e finanziato dal DPO, che offre alle persone vittime o a coloro (Forze dell'Ordine, rappresentanti di enti pubblici o privati e membri delle Associazioni di categoria del mondo del lavoro) impegnati ad aiutarle, tutte le informazioni necessarie per uscire da una situazione di sfruttamento. Concretamente è in grado di mettere in contatto le vittime di tratta, o potenzialmente tali, con personale, anch'esso con reperibilità h24, in grado di prendere in carico il caso.
Il personale che vi lavora è costituito da mediatrici e mediatori linguistico-culturali, che coprono tutti i target linguistici e permettono così alle potenziali vittime di esprimersi nella loro lingua madre. Le operatrici e gli operatori del Numero Verde hanno il compito di

accogliere le chiamate e indirizzare le segnalazioni al territorio di competenza. Si occupano inoltre delle seguenti attività:

- valutazione della sussistenza delle condizioni necessarie per attuare gli interventi di sostegno previsti dalla normativa italiana in tema di tratta e grave sfruttamento;
- accoglienza della domanda e orientamento della potenziale vittima sulle opportunità di aiuto offerte dal sistema italiano di protezione, a partire dai diritti e dalle informazioni sulla legislazione vigente in materia di immigrazione, tratta e sfruttamento;
- Messa In Rete delle richieste di trasferimento delle persone vittime di tratta da parte dei soggetti attuatori dei progetti; l'individuazione di indicatori qualitativi e quantitativi relativi alla definizione del sistema di monitoraggio;
- sviluppo di un sistema di rilevazione e di raccolta dati da inviare al Dipartimento per le Pari Opportunità;
- promozione e la diffusione del Numero Verde sul territorio di competenza, attraverso campagne informative e di sensibilizzazione;
- mediazione sociale nei luoghi dove sorgono conflitti, in particolar modo nei quartieri dove si formano comitati di cittadini che si sentono insicuri a causa della presenza della prostituzione o dell'accattonaggio;
- offerta di informazioni alle persone che esercitano la prostituzione al chiuso e in generale, allo scopo di veicolare informazioni relative alla rete di servizi di protezione attivi sul territorio;
- organizzazione di seminari informativi e formativi.

Gli stakeholder legati agli interventi di protezione e di lotta alla tratta di esseri umani sono riconducibili alle seguenti tipologie di attori:

- organizzazioni di volontariato;
- terzo settore con Organizzazioni Non Governative (ONG), cooperative, associazioni o altre categorie di Enti del Terzo Settore, che gestiscono i servizi di contatto, accoglienza, tutela, formazione, integrazione sociale per diverse categorie di persone in difficoltà;
- associazioni di migranti e per immigrati e/o rifugiati, impegnate principalmente nell'ambito della mediazione, nei servizi di accoglienza dei migranti, nelle attività di supporto al disbrigo delle pratiche amministrative;
- organizzazioni internazionali che operano trasversalmente sul contrasto e sulla protezione delle vittime di tratta;
- organizzazioni sindacali e le proprie Reti di servizi che svolgono un ruolo di tutela sui luoghi di lavoro.

Bibliografia

- Italia. Legge 11 agosto 2003, n. 228. Misure per contrastare la tratta di persone e per l'assistenza e l'integrazione sociale delle vittime. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n.196 del 25-08-2003).
- Italia. Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. *Gazzetta Ufficiale* n.191 del 18 agosto 1998 - Suppl. Ordinario n. 139.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 maggio 2016. Definizione del Programma unico di emersione, assistenza ed integrazione sociale a favore degli stranieri e dei cittadini di cui al comma 6 bis dell'art. 18 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, vittime dei reati previsti dagli articoli 600 e 601 del codice penale, o che versano nelle ipotesi di cui al comma 1 dello stesso articolo 18. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 150 29-06-2016.

APPENDICE A
Schede di approfondimento

INTRODUZIONE

Rosa Dalla Torre

Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Questo volume è arricchito da schede elaborate da personale esperto del Gruppo di lavoro del Progetto #IpaziaCCM2021 “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”.

Tale Gruppo di lavoro multiprofessionale ha messo a disposizione conoscenze, competenze ed esperienze in occasione delle differenti attività svoltesi durante lo sviluppo del progetto.

Si tratta di 9 schede di approfondimento che spaziano su tematiche distinte; si è, infatti, ritenuto utile fornire al personale sanitario e socio-sanitario, impegnato in interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e di quella assistita da minori, specifici contenuti organizzati in sintesi descrittive e slide, che possono essere utilizzate in contesti di formazione o divulgazione.

L’obiettivo di condividere le schede è quello di fornire un ulteriore strumento operativo. Infatti, la persona professionista che se ne vorrà avvalere, per ciascun argomento, dispone di una parte descrittiva, molto sintetica e di una parte di presentazione, organizzata in slide, da poter riprodurre e proiettare al proprio auditorio. Laddove necessario sono riportate anche le relative note bibliografiche

Queste schede possono anche essere intese come punto di partenza per un proprio intervento e rielaborate, estese o aggiornate. Su ciascuna diapositiva di sintesi che segue le schede è riportato il logo #IpaziaCCM2021, che indica l’appartenenza al progetto da citare.

A1. Scheda di approfondimento

Pronto Intervento Sociale: la sperimentazione del Servizio Emergenza Urgenza Sociale regionale

Elisa Fattori
Azienda USL Toscana Sud Est, Arezzo

Con DGRT 838/2019 viene avviata in Toscana la sperimentazione SEUS (Servizio Emergenza Urgenza Sociale) regionale (<https://www.regione.toscana.it/-/sistema-emergenza-urgenza-regionale-seus->).

Il SEUS è un sistema che prevede la riorganizzazione dei servizi sociali pubblici, sia a livello di area vasta che di zona, per la gestione efficiente, efficace e appropriata degli interventi di emergenza urgenza sociale anche con la costituzione, tramite la collaborazione del Terzo Settore, di un servizio sociale dedicato e specializzato per tali interventi. Si può dunque considerare a tutti gli effetti il pronto soccorso del servizio sociale. È un servizio di secondo livello perché, ad oggi, è attivabile tramite un numero verde gratuito solo da parte di determinati soggetti istituzionali, come amministrazioni comunali, servizi sociali, forze dell'ordine, Pronto Soccorso. Non è quindi in questa fase, attivabile direttamente dal singolo individuo. La sperimentazione di Regione Toscana prevede un modello organizzativo a livello regionale a titolarità pubblica operante in raccordo e collaborazione con servizi privati che svolgono attività di interesse pubblico. Il modello deve inoltre valorizzare e sviluppare la interconnessione sistematica e le relazioni organizzative fra il livello regionale, di area vasta, aziendale e zonale, e deve essere costruito sull'infrastruttura culturale-organizzativa rappresentata dall'asse di collaborazione tra il Dipartimento del Servizio Sociale dell'Azienda USL, le Società della Salute e le Amministrazioni Comunali, che, insieme, rappresentano la funzione e la titolarità pubblica di questo sistema-servizio.

Il SEUS si configura pertanto come un sistema regionale che concepisce il servizio di Pronto Intervento Sociale (PIS) come un pezzo della più ampia organizzazione dei servizi sociali territoriali, in sinergia con gli stessi secondo una vocazione universalistica, oltre che di forte specializzazione nell'ambito del servizio sociale professionale.

Il servizio PIS del SEUS è organizzato con un'unica Centrale Operativa regionale la cui gestione è affidata a un soggetto gestore esterno, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, che svolge funzioni di coordinamento e gestione degli interventi e che rappresenta il punto di coordinamento e di indirizzo professionale-operativo del servizio sociale, indirizzando il lavoro delle Unità Territoriali costituite a livello di ciascuna zona-distretto, le quali svolgono operativamente l'intervento di emergenza urgenza in loco. Il processo di lavoro del PIS prevede la definizione di un piano di intervento urgente e successivamente il passaggio al territorio dopo la stabilizzazione della fase acuta.

Il PIS è a disposizione di tutta la comunità, attraverso le istituzioni individuate, e prioritariamente risponde ai seguenti target:

- situazioni di violenza e abuso nel percorso Rete Codice Rosa;
- situazioni di violenza, abuso e grave conflittualità;
- situazioni di abbandono o grave emarginazione con rischio per l'incolumità della persona e/o di grave rischio per la salute socio-relazionale, in assenza di reti familiari e sociali;
- situazioni di non autosufficienza nonché grave disabilità, in contesti di assenza di rete familiare nonché parentale;
- situazioni di grave povertà nonché povertà estrema che costituiscano grave rischio per la tutela e l'incolumità psico-fisica della persona;
- situazioni di tratta, anche minorile;
- situazioni di alta criticità ed emergenza sociale dovute ad emergenze climatiche nonché calamità naturali e/o eventi straordinari/eccezionali.

Per quanto riguarda le vittime di violenza e abuso nel percorso Rete Codice Rosa, già con DGRT 1322/2015, era stata prevista la sperimentazione SEUS in sei ambiti territoriali dell'Azienda USL Toscana Centro andando a garantire la tempestività degli interventi e la continuità assistenziale delle persone vittime di violenza sin dalla fase dell'emergenza mediante una presa in carico breve, limitata alla sola fase acuta, con l'obiettivo di garantire accoglienza e protezione alla persona riconsegnando, nel primo momento utile, la presa in carico ai servizi territoriali appena terminata la fase emergenziale. L'attivazione di questo progetto, per la complessità organizzativa e per la preparazione tecnico professionale che richiede, avviene in maniera graduale e per fasi successive nelle diverse Zone/Distretto delle Toscana, così come la consegna del numero verde ai segnalanti che segue la logica della progressione sulla base della verifica dell'andamento della sperimentazione.

Nell'Azienda USL Sud est Toscana il servizio è attivo nella Società della Salute Senese, Val d'Elsa e Amiata Senese Val d'Orcia e Val di Chiana Senese, Amiata Grossetana-Grossetana-Metallifere e nella zona distretto Colline dell'Albegna; è attualmente in corso la fase di preparazione tecnica e organizzativa della zona distretto Aretina.

L'obiettivo regionale è quello di giungere progressivamente all'inclusione di tutti i territori toscani cercando nel frattempo di preparare il loro ingresso con seminari conoscitivi, eventi, e la partecipazione delle operatrici e degli operatori degli ambiti ancora non sperimentanti ai moduli formativi introduttivi dei corsi dedicati agli ambiti già presenti nel sistema.

Il servizio PIS per le situazioni di emergenza personali e familiari, definito come livello essenziale sin dalla Legge 328 del 2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi servizi sociali", art. 22, comma 4, lettera b, è stato recentemente confermato e definito dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 con la scheda LEPS 3.7.1.

Per approfondire

Boldrini R, Mirri A. Un modello di pronto intervento sociale. Il servizio emergenza urgenza sociale. *Prospettive sociali e sanitarie*. 2020;50(2)6-9.

Campanini A. *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*. Roma: Carocci; 2020.

Mirri A. *Emergenze, urgenze e servizio sociale*. Roma: Carocci; 2018.

Mirri A. *Il servizio sociale d'urgenza. Gli interventi nelle emergenze personali e familiari*. Roma: Carocci; 2022.

Regione Toscana, ANCI Toscana. *Tredicesimo rapporto sulla violenza di genere in Toscana: un'analisi dei dati dei Centri e delle Reti antiviolenza*. Firenze: Regione Toscana; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13865702/violenzaXIII-interattivoll.pdf>; ultima consultazione 17/04/2025.

Sintesi della Scheda A1

RETE CODICE ROSA E SEUS

DGRT 1322/2015 "Progetto regionale Codice Rosa: approvazione interventi per lo sviluppo del progetto..."



Avvio della collaborazione tra RT e ASL 11 di Empoli per la SPERIMENTAZIONE REGIONALE SEUS

Traduzione operativa ed organizzativa di quanto previsto nella Legge 328/2000 Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che all'art.22, comma 4 lett. b), parla di "servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari" individuandolo tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali.

GARANTIRE L'ATTIVAZIONE DI UN PIS PER I CODICI ROSA GIA' ALL'INTERNO DEL PS PER ASSICURARE IL RACCORDO NECESSARIO CON I SERVIZI SOCIO-SANITARI PER LA CONTINUITA' DELLA PRESA IN CARICO AUMENTANDO L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

IPAZIA CCM2021

RETE CODICE ROSA E SEUS

DGRT 838/2019 "Approvazione della sperimentazione del Servizio regionale per le emergenze e le urgenze sociali - SEUS regionale"



SPERIMENTAZIONE SEUS REGIONALE

Servizio di secondo livello per l'Emergenza Urgenza Sociale per l'attivazione tempestiva di un "pronto intervento sociale" con i necessari raccordi per garantire la continuità della presa in carico delle persone assistite.

- Il SEUS risponde all'esigenza operativa di immediata attivazione della rete territoriale Codice Rosa attraverso un numero unico verde dedicato e gratuito con cui si attiva il servizio sociale professionale in urgenza h24 e per 365 gg l'anno.
- Garantisce una presa in carico breve, limitata alla sola fase acuta con l'obiettivo di garantire accoglienza e protezione alla persona/vittima riconsegnando, nel primo momento utile, la presa in carico ai servizi territoriali appena terminata la fase emergenziale.

IPAZIA CCM2021

LE EMERGENZE URGENZE NEL SERVIZIO SOCIALE

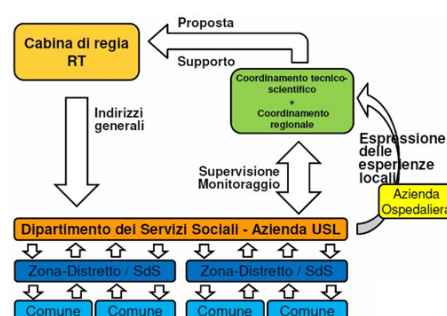


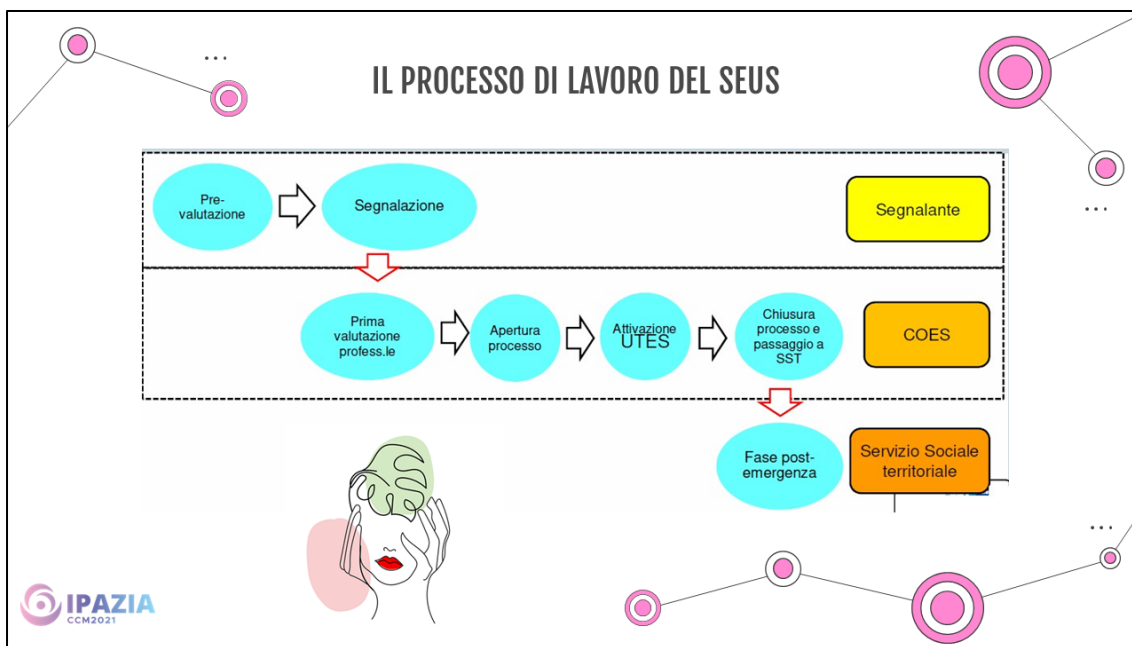
Le emergenze e le urgenze sociali possono essere definite come **circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente**, producendo bisogni non differibili, in forma acuta e grave, a cui la persona deve rispondere, e a cui deve trovare una soluzione, qui ed ora, in una situazione spesso emotivamente molto "calda" e di spiazzamento, in cui ha bisogno dell'aiuto di un **servizio sociale professionale** capace di intervenire, in maniera immediata, comunque tempestiva, in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato, attrezzato e pronto 24h/24 e 365 giorni all'anno.

- È un sistema-servizio di secondo livello ad oggi attivabile tramite un **numero verde gratuito**, solo da parte di determinati Soggetti Istituzionali (Segnalanti Pubblici: amministrazioni comunali, servizi sociali, Forze dell'Ordine, Pronto Soccorso).
- È **universalistico**, dedicato a tutti coloro che si vengono a trovare in una situazione di Emergenza-Urgenza sociale anche se non attivabile direttamente dai cittadini.
- È un **modello a titolarità pubblica** operante in raccordo e collaborazione con i servizi privati che svolgono attività di interesse pubblico.

ASSETTO E ORGANIZZAZIONE DEL SEUS

L'assetto organizzativo del SEUS deve garantire interconnessione sistematica e relazioni organizzative fra livello regionale, aziendale e zonale, **e deve essere costruito sull'infrastruttura culturale-organizzativa rappresentata dall'asse di collaborazione tra il Dipartimento del Servizio Sociale dell'Azienda USL, le Società della Salute e le Amministrazioni Comunali.**





A2. Scheda di approfondimento

Comunità di pratiche di #IpaziaCCM2021: obiettivi, attività, proposte

Giuseppe Segreto, Maurizio Masini

Dipartimento di Scienze Sociali, Politiche e Cognitive, Università di Siena, Siena

Fra gli obiettivi specifici del Progetto #IpaziaCCM2021 vi era la creazione di un luogo di scambio e di confronto fra coloro che, all'interno delle strutture sanitarie e assistenziali, sono in prima linea nella prevenzione e nel contrasto alle diverse forme di violenza perpetrate su donne e minori. Da qui la necessità di costituire una comunità di pratiche di cui facesse parte il personale infermieristico e quello afferente ai reparti di ostetricia e ginecologia, ai Pronto soccorso e al 118. Tale comunità, costituita principalmente da donne (gli uomini erano solo quattro), si è riunita con l'obiettivo di confrontare le azioni proposte e messe in atto sui territori, la loro validità, con particolare riguardo all'emersione di criticità e all'individuazione di soluzioni che agevolassero il lavoro delle operatrici e degli operatori.

Creare e gestire una comunità di pratiche nell'ambito di #IpaziaCCM2021 ha significato, quindi, porre le condizioni affinché gli operatori e le operatrici di differenti territori italiani potessero incontrarsi e confrontarsi con regolarità nei tempi previsti dal Progetto. Per questo il gruppo di lavoro costituito in seno al Dipartimento di Scienze politiche, sociali e cognitive dell'Università di Siena, ha voluto ricreare sul web un ambiente di lavoro in cui il personale individuato da ciascuna unità operativa del Progetto potesse scambiare conoscenze e buone prassi.

La scelta della piattaforma dove svolgere le attività è ricaduta su *Webex* di Cisco. In questo modo, potendo contare su uno spazio digitale dove la collaborazione era potenzialmente possibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, ciascuna componente della comunità ha potuto partecipare alle attività sulla base del tempo e delle risorse a disposizione. Il primo martedì di ogni mese si sono svolti gli incontri collegiali. Nel corso di tali incontri sono stati discussi numerosi temi: dalla violenza sulle donne migranti – come ci si deve interfacciare con queste donne? Quanto influisce il loro passato sulla loro condizione? Prima di essere vittime di violenza sono state oggetto di traffici illegali? – alla differente reazione alla violenza subita da parte di donne di età diverse alla vittimizzazione secondaria.

La community, però, oltre alla condivisione di conoscenze ed esperienze, come si diceva sopra, si è data come obiettivo il confronto fra le azioni messe in atto all'interno dei diversi territori, una loro valutazione critica e la presentazione di proposte di miglioramento di protocolli e linee guida che agevolassero il lavoro di cura e assistenza. In particolare, sono stati individuati quattro ambiti che, secondo la comunità di pratiche, presentavano le maggiori carenze in termini di risposta assistenziale e su cui quindi è stato ritenuto più urgente intervenire:

- Al primo posto ci sono le *procedure di presa in carico* delle donne vittime di violenza e, soprattutto, i percorsi post-assistenziali previsti. Non si tratta qui solo di tenere conto della specificità di determinate situazioni (donne migranti, donne che hanno subito mutilazioni genitali ecc.), ma di attivare delle reti specifiche, esterne al contesto sanitario, che potessero prendere in carico donne e minori e accompagnarli in un percorso di tutela, diritti e crescita personale.
- Anche sul tema della *violenza assistita dai minori* è stata chiamata in causa la necessità di definire un sistema di protezione e una rete territoriale di assistenza.
- Un altro tema molto sentito si è rivelato quello del *carico emotivo* di coloro che operano nell'assistenza alle donne vittime di violenza. Bisogna imparare a gestire tali emozioni – elaborarle, incanalarle in schemi efficaci di comportamento – e ciò potrebbe essere fatto a partire dall'istituzionalizzazione di momenti di *defusing* e *debriefing* con le colleghe e i colleghi che hanno operato l'intervento e con l'apporto di specialisti.
- Da più parti, infine, è venuta la richiesta di prevedere una *formazione specifica* per le operatrici e gli operatori sul tema della gestione di pazienti vittime di violenza, proprio per evitare il fenomeno della vittimizzazione secondaria.

Per ciascuno di questi temi è stato creato uno spazio specifico sulla piattaforma in cui volontariamente, in base alla propria esperienza e ai propri interessi, chi faceva parte della comunità poteva dare il proprio contributo in termini di idee e proposte.

Il gruppo di lavoro dell'Università di Siena ha predisposto a questo proposito un modello per la presentazione delle proposte che fosse comune a tutte le stanze tematiche.

Tale schema prevedeva:

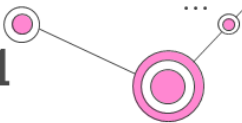
- analisi del contesto di riferimento che descrivesse le esigenze di cura e assistenza interessate dalla proposta;
- descrizione della proposta in cui fossero illustrati i contenuti (cosa si chiede di cambiare, migliorare, integrare, ecc.) e la fase (o le fasi) del percorso di cura e assistenza su cui si intendeva intervenire (es. prevenzione, cura, follow-up, ecc.);
- tempistica di realizzazione della proposta;
- descrizione dei risultati attesi;
- eventuali sinergie con altri programmi nonché interventi.

Le attività della *community* costituiranno un deposito di conoscenze ed esperienze con l'obiettivo, in futuro, di rendere replicabili le buone prassi su tutto il territorio nazionale.

Sintesi della Scheda A2



La comunità di pratiche di #IpaziaCCM21



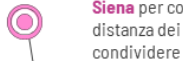
Obiettivo: confrontare le azioni proposte e messe in atto sui territori, la loro validità, con particolare riguardo all'emersione di criticità e all'individuazione di soluzioni che agevolino il lavoro delle operatrici e degli operatori.

Chi ne ha fatto parte: il personale infermieristico e quello afferente ai reparti di ostetricia e ginecologia, al pronto soccorso e al 118.

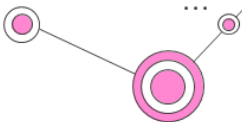
Quelli che seguono sono gli **enti** del Progetto #IpaziaCCM2021 che, hanno individuato i membri del proprio personale per partecipare ai lavori della community:

- Azienda Usl Toscana Sud Est (11 membri)
- INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (8 membri)
- Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore, Policlinico di Milano (8 membri)
- USL Umbria 1 (9 membri)
- ASL Lecce (10 membri)
- AS FO - ASL Friuli Occidentale (11 membri)
- ASL Matera (11 membri)





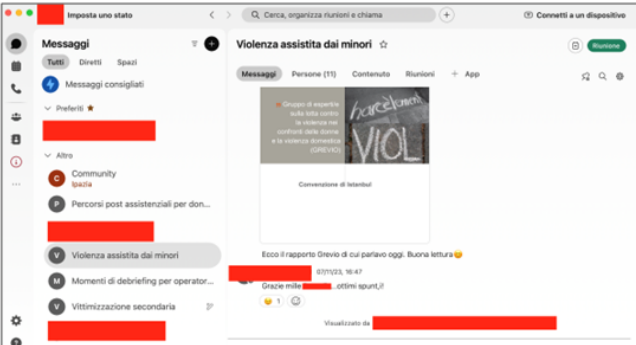
La comunità di pratiche di #IpaziaCCM21



Creare e gestire una comunità di pratiche nell'ambito di #IpaziaCCM21 ha significato **porre le condizioni affinché gli operatori e le operatrici di varie parti d'Italia potessero incontrarsi e confrontarsi con regolarità** nei tempi previsti dal progetto.

Per questo il gruppo di lavoro costituito in seno al Dipartimento di Scienze politiche, sociali e cognitive dell'Università di Siena, ha voluto **ricreare sul web un ambiente di lavoro in cui il personale individuato da ciascuna unità operativa del progetto potesse scambiare conoscenze e buone prassi**.

La scelta della piattaforma dove svolgere le attività è ricaduta su **Webex** di Cisco, la piattaforma già adottata dall'**Università di Siena** per consentire la collaborazione a distanza dei propri dipendenti, condividere informazioni e documenti, gestire flussi di lavoro grazie a un sistema integrato di messaggistica istantanea, chiamata, videoconferenza e file sharing.



La comunità di pratiche di #IpaziaCCM21

Ecco alcuni dei **temi** che, a partire dalle esperienze dirette delle partecipanti, sono stati discussi:

- violenza sulle donne migranti;
- differente reazione alla violenza subita da parte di donne di età diverse;
- lo sviluppo di strategie efficaci per prevenire la violenza di genere a partire dai primi anni scolastici;
- istituzionalizzare delle procedure multidisciplinari per l'assistenza alle donne vittime di mutilazioni genitali.



La comunità di pratiche di #IpaziaCCM21

La community, però, oltre alla condivisione di conoscenze ed esperienze, aveva l'obiettivo di confrontare le azioni messe in atto all'interno dei diversi territori, fare di tali azioni una valutazione critica e **presentare delle proposte di miglioramento di protocolli e linee guida che agevolassero il lavoro di cura e assistenza.**

In particolare sono stati individuati **quattro ambiti** che, secondo la comunità di pratiche, presentavano le maggiori carenze in termini di risposta assistenziale e su cui quindi è stato ritenuto più urgente intervenire:

- Procedure di presa in carico delle donne vittime di violenza, con particolare riferimento ai **percorsi post assistenziali** previsti
- **Violenza assistita dai minori**
- Istituzionalizzazione di momenti di **defusing e debriefing** con i colleghi che hanno operato l'intervento e con l'apporto di specialisti
- Contrastare il fenomeno della **vittimizzazione secondaria in ambito sanitario**







La comunità di pratiche di #IpaziaCCM21

Il gruppo di lavoro dell'Università di Siena ha predisposto a questo proposito **un modello per la presentazione delle proposte** che fosse comune a tutte le «stanze tematiche». Tale schema prevedeva:

- un'analisi del contesto di riferimento che descrivesse le esigenze di cura e assistenza interessate dalla proposta;
- una descrizione della proposta in cui fossero illustrati i contenuti (cosa si chiede di cambiare, migliorare, integrare...) e la fase (o le fasi) del percorso di cura e assistenza su cui si intendeva intervenire (es. prevenzione, cura, follow-up...);
- la tempistica di realizzazione della proposta;
- una descrizione dei risultati attesi;
- le eventuali sinergie con altri programmi/interventi.

Le attività della community costituiranno **un deposito di conoscenze ed esperienze** con l'obiettivo, in futuro, di rendere replicabili le buone prassi su tutto il territorio nazionale.

A3. Scheda di approfondimento

Bullismo e cyberbullismo: focus su cyber-violenza contro le donne

Rosa Dalla Torre

Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Esiste una forte connessione tra cyberbullismo e bullismo: la maggior parte degli studenti che sono vittime di cyberbullismo sono stati prima vittime di bullismo a scuola, nonché una grande percentuale di vittime di bullismo lo sono sia online che offline, spesso degli stessi autori.

Il **bullismo** è una manifestazione violenta e intenzionale:

- verbale o fisica;
- ripetuta nel tempo;
- con uno squilibrio di potere tra una persona o un gruppo che ne aggredisce un'altra;
- la vittima non può difendersi adeguatamente;
- lo scopo è danneggiare fisicamente o psicologicamente la vittima.

La Legge 71/2017 definisce il **cyberbullismo**:

- qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica;
- diffusione di contenuti online aventi ad oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo.

La **cyber-violenza contro le donne**:

- fa parte del *continuum* della violenza contro donne e ragazze e gli atti violenti che avvengono attraverso la tecnologia sono parte integrante della stessa violenza subita nel mondo fisico;
- è un atto di violenza di genere che si perpetra attraverso le nuove tecnologie, ma è profondamente radicato nella disuguaglianza tra donne e uomini che ancora persiste nelle nostre società;
- può iniziare online e continuare offline come sul posto di lavoro, a scuola o a casa oppure iniziare offline e continuare online su diverse piattaforme come *social media*, e-mail o App di messaggistica;
- può essere perpetrata da una persona o da un gruppo di persone anonime nonché sconosciute alla vittima oppure da una persona o da un gruppo di persone conosciute dalla vittima come un (ex) partner, un compagno di scuola o un collega di lavoro.

La prevalenza del fenomeno è estremamente difficile da valutare poiché dipende da quanto la vittima possa avere la forza di rivolgersi alle autorità, superando, nonostante il danno subito, la vergogna, la colpevolizzazione e l'isolamento, la paura di ulteriore vittimizzazione e l'imbarazzo dovuto alla natura privata delle immagini.

Le conseguenze della violenza online sono drammatiche, per vari motivi.

Il primo è l'incancellabilità: una volta raggiunto il web, il materiale digitale, anche se rimosso dalla rete, potrebbe essere reimmesso in circolazione.

Il secondo motivo è l'enorme esposizione a cui la vittima di violenza online è sottoposta.

Il terzo motivo riguarda il fatto che la vittima non è a conoscenza dell'entità del fenomeno, non sapendo quante persone stiano assistendo e siano, quindi, partecipi della violenza.

Molte forme di violenza informatica prendono di mira quasi esclusivamente donne e ragazze:

- Il **cyber flashing** o **sexting non consensuale** è una forma sempre più comune di molestia sessuale, in cui l'autore invia un'immagine o un video esplicito senza il consenso del destinatario;
- Il **sextortion** è l'atto di minacciare di pubblicare contenuti di natura sessuale (immagini, video, deepfake, voci a sfondo sessuale) per minacciare, costringere o ricattare qualcuno;
- Lo **stupro virtuale** è una situazione in cui l'avatar di una persona (o la rappresentazione digitale di sé stessa) è sottoposto a violenza sessuale simulata da parte di altri *avatar*;
- Il **doxing** comporta la pubblicazione di informazioni private o identificative sulla vittima. Poiché le informazioni possono consentire di localizzare fisicamente le vittime, il *doxing* può diventare precursore della violenza nel mondo fisico;
- Il **revenge porn** e la **pornografia non consensuale** si configurano come una serie di violenze legate alla condivisione nonché diffusione digitale di video, foto e immagini private di tipo sessuale senza il consenso della persona ritratta.

Al fine di contrastare la cyber-violenza, la Legge 69/2019 introduce nel Codice penale il **delitto di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti destinati a rimanere privati**.

In conclusione, è necessario aver **consapevolezza**:

- delle proprie azioni;
- delle relazioni;
- del concetto di diffusione non consensuale di immagini personali;
- dell'esistenza di leggi specifiche;
- del potersi rivolgere a Servizi territoriali come ad esempio i Consultori familiari e alle Forze dell'Ordine.

Per approfondire

What is cyber violence. European Institute for Gender Equality. Disponibile all'indirizzo: <https://eige.europa.eu/newsroom/safe-spaces>; ultima consultazione 07/04/2025

Health Behaviour in School-aged Children. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/> ultima consultazione 07/04/2025

Italia. Legge 29 maggio 2017, n. 71 Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del cyberbullismo. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n.127 del 3 giugno 2017.

Italia. Legge 19 luglio 2019, n. 69 Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n.173 del 25 luglio 2019.

Sintesi della Scheda A3

Bullismo e cyberbullismo: focus su Cyber-violenza contro le donne

Il bullismo è una manifestazione **violenta** e **intenzionale**

- verbale o fisica
- ripetuta nel tempo

La legge 29 maggio 2017, n. 71 definisce il cyberbullismo

- **qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica**
- **la diffusione di contenuti on line** aventi ad oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo.

La **cyber-violenza contro le donne e le ragazze** comprende una serie di diverse forme di violenza perpetrate tramite le tecnologie digitali sulla base del **genere** o di una combinazione di genere e **altri fattori** (razza, età, disabilità, sessualità, professione o convinzioni personali).

IPAZIA
CCM2021

<https://eige.europa.eu/topics/violence/safe-spaces>



Bullismo e cyberbullismo tra gli adolescenti – dati italiani dello studio HBSC 2022

Alla domanda se negli ultimi mesi i ragazzi avessero subito atti di **bullismo** e di **cyberbullismo**, si scopre che per entrambi i fenomeni circa **il 15% di loro dichiara di esserne stato vittima almeno una volta**.

Nel periodo dell'età dello sviluppo gli atti di bullismo e di cyberbullismo tendono a essere **più frequenti nelle ragazze e tra i più giovani**, con proporzioni di circa il 20% negli 11enni che progressivamente si riducono al 10% nei più grandi.

Adolescenti vittime di bullismo e cyberbullismo, per età e genere

Età	Bullismo		Cyberbullismo	
	maschi	femmine	maschi	femmine
11 anni	18,9	19,8	17,2	21,1
13 anni	14,6	17,3	12,9	18,4
15 anni	9,9	9,2	9,2	11,4

IPAZIA
CCM2021

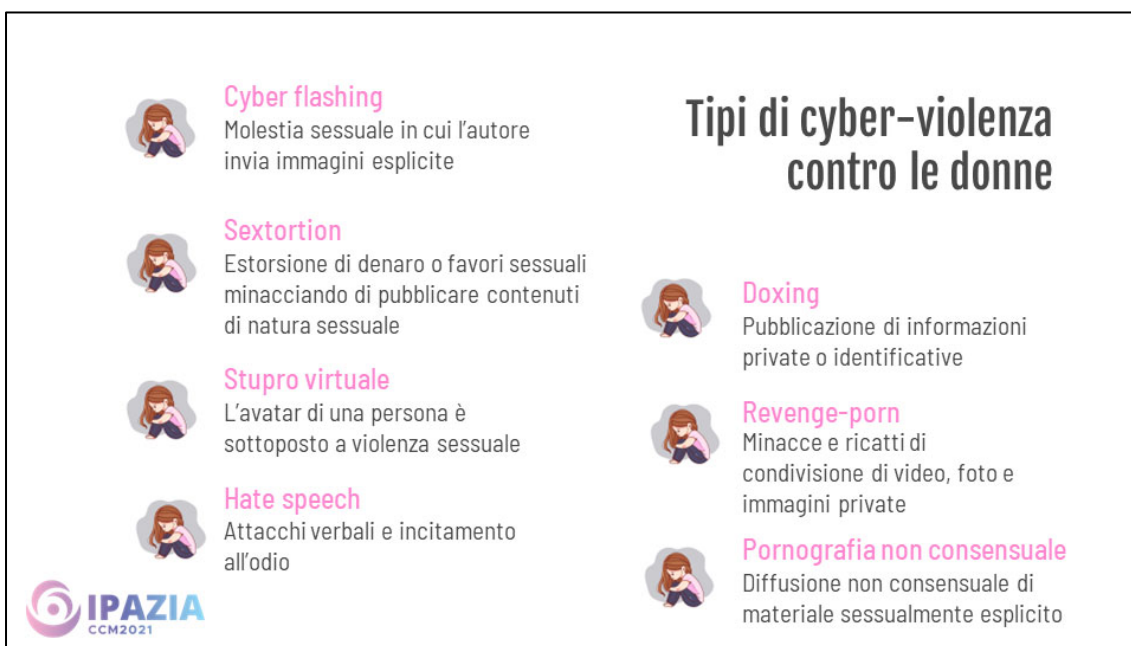
<https://www.epicentro.iss.it/hbsc>



Le conseguenze della cyber-violenza sono drammatiche

- **Incancellabilità**
una volta raggiunto il web, il materiale digitale, anche se rimosso dalla rete, potrebbe essere reimmesso in circolazione
- **Enorme esposizione**
a cui la vittima di violenza è sottoposta
- **La vittima non è a conoscenza dell'entità del fenomeno**
non sapendo quante persone stiano assistendo e siano, quindi, partecipi della violenza

Vergogna, colpevolizzazione, isolamento, paura



Tipi di cyber-violenza contro le donne

- Cyber flashing**
Molestia sessuale in cui l'autore invia immagini esplicite
- Sextortion**
Estorsione di denaro o favori sessuali minacciando di pubblicare contenuti di natura sessuale
- Stupro virtuale**
L'avatar di una persona è sottoposto a violenza sessuale
- Hate speech**
Attacchi verbali e incitamento all'odio
- Doxing**
Pubblicazione di informazioni private o identificative
- Revenge-porn**
Minacce e ricatti di condivisione di video, foto e immagini private
- Pornografia non consensuale**
Diffusione non consensuale di materiale sessualmente esplicito

IPAZIA CCM2021

Cosa dice la legge

Legge 29 maggio 2017, n. 71
contrasta il fenomeno con

- azioni a carattere **preventivo**
- una strategia di attenzione, tutela ed educazione nei confronti dei minori coinvolti, sia nella posizione di **vittime** sia in quella di **responsabili** di illeciti

Legge 19 luglio 2019, n. 69
Introduce nel codice penale il delitto di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti



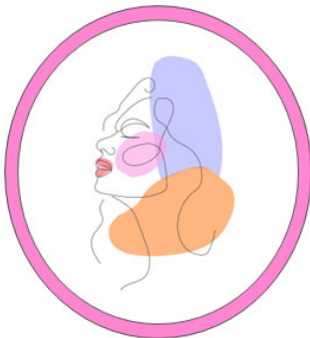
Art. 612-ter (Diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti)

Chiunque abbia **realizzato, sottratto o ricevuto** immagini o video a contenuto sessualmente esplicito, destinati a rimanere privati, li **invia, consegna, cede, pubblica o diffonde** senza il consenso delle persone rappresentate **è punito con la reclusione da uno a sei anni e con la multa da € 5.000 a € 15.000**

La pena è **aumentata** se i fatti sono commessi

- da persona che è o è stata legata da **relazione affettiva** alla persona offesa
- attraverso strumenti **informatici** o telematici
- in danno di persona in condizione di **inferiorità** fisica o psichica
- in danno di una donna in stato di **gravidanza**.





In conclusione

È necessario aver **consapevolezza**

- delle proprie azioni
- delle relazioni
- del concetto di diffusione non consensuale di immagini personali
- dell'esistenza di leggi specifiche
- del potersi rivolgere a servizi territoriali come ad es. i consultori

A4. Scheda di approfondimento

Migrazioni e violenza di genere. Quando, dove e come intervenire: un approccio culturalmente sensibile contro la violenza

Sonia Viale

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Roma

L'esperienza migratoria amplifica l'isolamento, le barriere di accesso ai servizi e le condizioni di mancanza di tutela, impegnando le operatrici e gli operatori socio-sanitari ad incrementare attenzione ed *expertise* circa le pratiche di accoglienza e presa in carico. La violenza di genere è diffusa nelle rotte migratorie e nei contesti privati, basata su discriminazioni a cui troppo spesso le donne vengono costrette, come donne, come madri, come migranti, oppresse ai margini, segregate, in alcuni casi trafficate. Le reazioni fisiche ed emotive che accompagnano storie di ordinaria violenza, vissuta in silenzio, talora non riconosciuta, pongono le donne di fronte all'impellente necessità di dover far fronte a livelli di stress assai elevati e dover gestire situazioni molto complesse.

Il contesto sanitario è luogo di raccolta di ogni domanda di salute, dei bisogni esplicitati, urgenti, e anche di quelli emergenti; si rende, quindi necessario rendere più agevole l'accesso per quelle donne per le quali maggiori sono le difficoltà per barriere linguistiche, culturali, economiche, normative.

La gestione nel contesto sanitario dei casi di violenza di genere dovrebbe essere affidata ad *un'équipe* multidisciplinare con una preparazione specifica alle tematiche e al linguaggio di genere, dedicata ad assicurare una corretta gestione dei traumi da violenza e valutare il rischio di re-vittimizzazione anche attraverso un'indagine socio-ambientale. Nel caso la donna sia straniera, occorre calibrare la giusta distanza tra i soggetti, che tenga conto delle differenze socioculturali oltre che della sensibilità individuale.

L'attenzione all'ascolto e il rispetto delle differenze si rivelano fondamentali per creare una relazione d'aiuto e rimuovere quante più barriere possibili, a favore di fasce di popolazione che si avvicinano ai servizi sanitari e socio-sanitari con maggiori difficoltà e conseguente discontinuità. Un vissuto legato alla violenza subita può emergere durante qualsiasi accesso sanitario; è importante restituire una lettura della violenza subita e della possibilità di emancipazione in un linguaggio e una modalità più consona anche alla cultura di appartenenza, con donne per le quali ogni intervento richiede un'attenzione anche alle specificità legate al contesto culturale di origine.

Diventa fondamentale la presenza della mediatrice culturale specializzata in ambito sanitario: tra i membri dell'*équipe* multidisciplinare, la mediatrice culturale porta nel *setting* competenze linguistiche, comunicative, la padronanza dei registri non verbali e le variazioni nei registri comunicativi *gender oriented*, competenze relazionali e di rete.

Gli interventi, dalla raccolta di un'anamnesi patologica ad un colloquio o una visita specialistica a donne che subiscono violenza e che sono sopravvissute alla tratta di esseri umani devono essere culturalmente sensibili, con un'attenzione sui fattori personali, socioculturali e ambientali che la donna porta con sé. Occorre verificare se vi è una pregressa esperienza migratoria negativa e valutare le attuali condizioni del contesto abitativo e relazionale ed è importante informare che, anche in caso di mancanza di un regolare permesso di soggiorno, le donne che subiscono violenza hanno ugualmente possibilità di tutela.

Ogni intervento sanitario e socio-sanitario prevede l'acquisizione del libero consenso richiesto in modo comprensibile, senza il quale la persona che opera non è autorizzata a compiere nessuna ulteriore azione. In ogni caso è chiesto a chi presta il Servizio di astenersi da qualunque giudizio, nel pieno rispetto di ogni donna, delle differenze e dell'alterità in ogni sua forma.

È importante imparare a riconoscere le difficoltà delle donne stesse nell'acquisire piena consapevolezza della violenza subita, dovute alle esperienze pregresse di violenza nel contesto di origine e nel percorso migratorio, cause di marginalizzazione e vulnerabilità sociale. Le operatrici e gli operatori sanitari devono saper riconoscere ed evitare di attuare forme di vittimizzazione secondaria, dovuta a pratiche di intervento che riproducono diverse forme di violenza sulla base di barriere strutturali e di incomprensione delle differenze.

Per approfondire

- 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. *Gazzetta ufficiale - Serie Generale* n.24 del 30 gennaio 2018.
- Marwan D. *Counseling e psicoterapia con arabi e musulmani. Un approccio culturalmente sensibile*. Milano: Franco Angeli; 2015.
- Micheluzzi, V, Burrai, F. Transcultural assistance and transcultural communication. *Giornale Di Clinica Nefrologica e Dialisi* 2021;33(1), 57–66. <https://doi.org/10.33393/gcnd.2021.2244>.
- Moro MR, De La Noe Q, Mouchenik Y, Baube T. *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Milano: Franco Angeli; 2009.
- Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, et al. Culture and health. *Lancet*. 2014;384:1607-39.
- Thiara RK, Condon S, Schröttle M. *Violence against Women and Ethnicity: Commonalities and Differences across Europe*. Leverkusen-Opladen: Barbara Budrich Publishers. 2011. p. 17-31.
- WHO. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2013.
- WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. *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.

Sintesi della Scheda A4

Violenza e migrazioni: il diritto alla salute

- **I servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** sono luoghi di **facile accesso** dove poter realizzare procedure finalizzate a una **corretta e precoce identificazione delle donne che subiscono e hanno subito violenza in quanto donne**.
- Per quanto riguarda le **donne migranti sopravvissute a diverse forme di violenza di genere**, incluse le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), la tratta di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale o lavorativo, i matrimoni precoci, i matrimoni forzati, il ripudio **il SSN è tra gli attori coinvolti nel loro processo di emersione, tutela, protezione ed empowerment**.
- L'**operatore sanitario** e **sociosanitario** è tenuto ad acquisire le competenze necessarie per riconoscere quando può trovarsi di fronte una donna che subisce violenza, anche in un contesto non emergenziale, e garantire di conseguenza un **adeguato livello di accoglienza e presa in carico**.

Violenza e migrazioni: i contesti

Prima della partenza

- Povertà estrema, conflitti, violenza di genere, discriminazioni
- Nuclei familiari deprivati, disfunzionali, maltrattanti
- Abbandono della scuola, disoccupazione, inganni, false promesse di lavoro
- Vulnerabilità di base che influisce sulla capacità di autodeterminazione

Durante il percorso migratorio

- Rapimento, vendita da parte dei trafficanti
- Adescamento (protettore/fidanzato), sfruttamento lavorativo e/o sessuale
- Abuso di posizione di vulnerabilità, violenza
- Inganno/false promesse di lavoro

Il post-migrazione

- Solitudine, isolamento
- Barriere linguistiche, mancanza di permesso di soggiorno oppure permesso per ricongiungimento
- Vita in condizioni precarie e di promiscuità, scarsa consapevolezza dell'attuale violenza

Violenza e migrazioni: ascolto e supporto

Può accadere che la donna migrante **sottovaluti** la violenza subita o ne resti in parte **inconsapevole**, perché quella attuale può essere percepita come «minore» rispetto ad esperienze di violenza pregresse.

Con la donna migrante risulterà particolarmente importante, all'interno di un colloquio, rinforzare i fattori che possano alimentare **l'autostima**, la capacità di **autodeterminarsi** anche in relazione alle aspettative di genere della cultura di appartenenza, senza imporre alcun tipo di visione o di forzatura

- Importanza del **decentramento culturale**, ovvero quella "giusta distanza" dalla propria cultura. Evitare approcci "valoriali", non disapprovare parole o comportamenti che non ci sono consueti
- **Rinforzare le difese** più funzionali della donna, si può chiedere e ottenere rispetto anche in un contesto in cui vigono gerarchie di genere. Non si può chiedere, invece, di modificare completamente i propri schemi

 IPAZIA CCM2021

Le differenze: cosa considerare

Rispetto a una donna italiana, una donna immigrata vittima di violenza presenta più frequentemente:

- Rete familiare/amicale povera
- Scarsa conoscenza dei servizi dedicati
- Minore conoscenza dei propri diritti
- Paura di denunciare, soprattutto se i suoi documenti dipendono dal partner violento o se non regolare
- Paura per la propria sussistenza e di perdere i figli
- Timore del giudizio della propria comunità di appartenenza

Cosa andare a sondare in un intervento di aiuto?

- Situazione sanitaria
- Situazione familiare
- Posizione giuridica
- Eventuale rete di supporto e di che tipo
- Livello di consapevolezza/assuefazione alla violenza

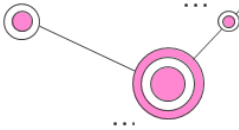


Fare attenzione alle differenze e rispettarle consente di poter essere più incisivi in termini di aiuto.

 IPAZIA CCM2021



Le differenze culturali



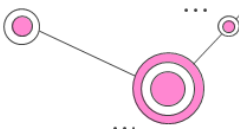
- Avvicinarsi come operatore sanitario o sociale ad una donna migrante che ha subito violenza, accogliere una richiesta d'aiuto che non sempre può essere chiara, esplicita, **richiede di considerare le differenze culturali**
- Sono necessari un'autentica attenzione verso l'altro, il rispetto e la capacità di relazionarsi con persone diverse, l'astensione dal giudizio.
- **La cultura coinvolge ogni aspetto della persona:** il concetto di famiglia, di salute, di malattia, di tempo, di relazioni interpersonali, spazio vitale, autorità, rapporti uomo/donna, religione, sessualità...
- Per una donna proveniente da una realtà culturale diversa da quella dell'interlocutore può essere ben diversa la valenza di ogni gesto, diversa l'interpretazione; per questo diventa fondamentale, in ogni scambio comunicativo con una donna migrante, avere un **approccio culturalmente sensibile**.





L'approccio culturalmente sensibile

*si basa su un atteggiamento di accoglienza delle **differenze***



- Non è ragionevolmente possibile conoscere come funziona e come si esprime ogni cultura; bensì è doveroso mantenere un atteggiamento di **rispetto e comprensione di elementi che differiscono da quanto a noi noto** e consueto
- Garantire ad ogni donna, a prescindere da qualsiasi provenienza e appartenenza, un **ascolto libero da elementi di giudizio e pre-giudizio**, rispettandone i tempi, la riservatezza, assicurare l'incolumità per lei e gli eventuali figli e un orientamento per la tutela dei suoi diritti, **richiede l'utilizzo dell'approccio culturalmente sensibile**
- Il processo sanitario, di cura ed assistenza, è anch'esso un processo fra culture
- utilizzare **l'approccio culturalmente sensibile** permette di comprendere meglio per poi attivare interventi che possono essere considerati culturalmente congruenti e competenti e quindi di **maggior efficacia**



La comunicazione con la donna migrante

- Barriere linguistiche, di comprensione e di espressione di una lingua che non è la propria
- La più immediata da neutralizzare (anche per abbattere successive barriere, culturali, organizzative, giuridiche) è **la barriera linguistica**
- L'operatore, davanti ad una donna di origine straniera, dovrebbe usare **un lessico semplice**, con frasi brevi, senza utilizzare forme impersonali e forma passiva, né sigle o elementi che potrebbero complicare la comprensione.
- È utile **limitare l'utilizzo di concetti tecnici** specifici, **ricercando continui feedback sulla comprensione** di ciò che è stato detto e utilizzando **tecniche di riformulazione** per avere conferma di aver capito correttamente ciò che la donna intende comunicare.
- Disponibilità a chiedere all'altro se un sintomo fisico o psichico, una manifestazione di malessere, abbia un **significato proprio nel contesto di provenienza** o una causa definita e quali potrebbero essere i sistemi di cura più efficaci, senza primati di un sistema culturale sull'altro.



Il ruolo e la funzione della mediazione culturale

*Il ruolo della mediazione culturale è **fondamentale** per comunicare con persone di altre culture*

È importante ricorrere alla presenza di un mediatore culturale, anche se la donna presenta una sufficiente padronanza della lingua italiana, proprio per una **corretta lettura dei codici culturali** e per costruire intorno alla donna un intervento di aiuto il più mirato ed efficace possibile.

- Il **ruolo della mediazione** favorisce i contatti, gli scambi e le interazioni tra culture, nel pieno rispetto della diversità, agendo per facilitare il passaggio dalla fase di contatto a quella di scambio reciproco, dall'individuazione di un problema alle possibili soluzioni quanto più rispettose della realtà interna ed esterna alla donna che ha subito violenza.
- È prioritario trattandosi di donne, spesso con bambini o adolescenti, che l'intervento clinico garantisca il rispetto dei diritti fondamentali della persona, compreso quello del proprio sistema valoriale: l'unica risposta possibile prevede un approccio e una comunicazione **transculturale** con la donna.



A5. Scheda di approfondimento

Espressione del consenso in ambito di violenza sessuale

Giussey Barbara, Laila Giorgia Micci

Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli, Milano

La violenza sessuale è un tema estremamente delicato e doloroso, che rappresenta una grave violazione dei diritti umani e una forma di violenza di genere profondamente distruttiva. È importante affrontare apertamente questa problematica, cercando di promuovere una maggiore consapevolezza riguardo al consenso e all'autonomia delle persone.

L'art. 609-bis del Codice penale (inserito nella Legge 66/1996 "Norme contro la violenza sessuale") punisce con la reclusione da 6 a 12 anni chi, con violenza o minaccia o abuso di autorità, costringa taluno a compiere o subire atti sessuali. Alla stessa pena soggiace il soggetto che induce taluno a compiere o subire atti sessuali abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto.

La Convenzione del Consiglio d'Europa (Convenzione di Istanbul) sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (art. 36) definisce violenza sessuale qualsiasi atto sessuale non consensuale con penetrazione vaginale, anale o orale compiuto su un'altra persona con qualsiasi parte del corpo o con un oggetto; o altri atti sessuali compiuti su una persona senza il suo consenso. Il consenso deve essere dato volontariamente, quale libera manifestazione della volontà della persona, e deve essere valutato tenendo conto della situazione e del contesto.

La Convenzione di Istanbul sottolinea quindi il ruolo del "consenso" nel reato di violenza sessuale: è fondamentale puntualizzare come **il consenso debba essere volontario, informato e pienamente consapevole**. Senza il consenso di tutte le parti coinvolte, qualsiasi forma di attività sessuale diventa una violazione dei diritti umani e una forma di abuso.

A livello giuridico, l'espressione del consenso nella violenza sessuale varia a seconda delle leggi di ciascun Paese. Tuttavia, vi sono alcuni principi fondamentali che sono generalmente riconosciuti:

- Il consenso è considerato come il **libero e volontario "sì"** di una persona riguardo a un'attività sessuale. Questo significa che il consenso **deve essere esplicito** e non può essere inferito da silenzi o da mancanza di resistenza. In altre parole, il consenso non può essere presunto, ma deve essere chiaro, consapevole e inequivocabile.
- Il consenso **può essere ritirato in qualsiasi momento**. Una persona potrebbe aver acconsentito inizialmente a un'attività sessuale, ma se in seguito decide di non voler più partecipare, ha il diritto di ritirare il consenso.
- Il consenso deve essere sempre attuale e **presente durante l'intera attività sessuale e riguardare tutte le modalità con cui questa viene esercitata**.

Esistono **situazioni in cui una persona potrebbe non essere in grado di dare un consenso valido o coerente** a un'attività sessuale. Queste circostanze possono includere:

- **Minorenni**: I minori sono generalmente considerati incapaci di dare il consenso legale a qualsiasi attività sessuale. La legge stabilisce un'età minima in cui una persona può dare il proprio consenso, che può variare da un Paese all'altro. L'età minima di consenso è stabilita per garantire la protezione delle persone minorenni da abusi o sfruttamenti sessuali.
- **Incapacità mentale**: Chi soffre di una grave disabilità mentale, demenza o altre condizioni che ne compromettono la capacità di comprendere pienamente le implicazioni e le conseguenze dell'attività sessuale potrebbe non essere in grado di dare un consenso valido.
- **Coercizione**: Se una persona è costretta o manipolata a dare il proprio consenso, ad esempio mediante minacce, violenza fisica, pressioni psicologiche o sfruttamento di una situazione di dipendenza o vulnerabilità, il suo consenso viene invalidato. In queste situazioni, la persona potrebbe non essere in grado di esprimere liberamente la sua volontà e di prendere una decisione consapevole riguardo all'attività sessuale.
- **Incapacità fisica**: Se una persona è fisicamente incapace di comunicare o di partecipare attivamente all'attività sessuale, ad esempio a causa di un'incapacità motoria, di una malattia o di un'incapacità temporanea, non sarà in grado di dare il consenso valido.

Il consenso, quindi, non dovrebbe essere semplicemente l'assenza di un rifiuto, ma piuttosto una manifestazione attiva e consapevole di volontà da parte di tutte le persone coinvolte.

Inoltre, è importante notare che il consenso non può essere dato quando una persona è sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o alcol. Se una persona non è in grado di comprendere le informazioni necessarie per prendere una decisione consapevole a causa dell'effetto di alcol o droghe, il consenso non può essere considerato valido. Questo perché l'uso di sostanze può influenzare la capacità di una persona di prendere decisioni informate e di esprimere un consenso libero da costrizioni esterne.

In sintesi, l'espressione del consenso nella violenza sessuale è un elemento cruciale nel contesto giuridico. Affinché il consenso sia valido, deve essere volontario, informato e pienamente consapevole. Una persona non può dare il consenso se è minorenne, incapace mentalmente o fisicamente, o se è vittima di coercizione o influenze esterne come droghe o alcol. La legge mira a proteggere le persone vulnerabili e ad assicurare che le attività sessuali siano basate su un consenso consapevole e libero da costrizioni.

Tanti sono gli stereotipi di genere che ancora impregnano la società. Una indagine ISTAT del 2018 mette in luce come il 39% della popolazione ritiene che una donna sia in grado di sottrarsi ad un rapporto sessuale se veramente non lo vuole. Il 23,9% pensa che le donne possano provocare la violenza sessuale con il loro modo di vestire. Il 15,1% pensa che una donna che subisce violenza sessuale quando è ubriaca o sotto effetto di droghe sia almeno in parte responsabile.

La comune convinzione è che con questi comportamenti la donna che ha subito una violenza sessuale abbia dato il proprio consenso ad avere rapporti sessuali o quantomeno abbia reso ragionevole per l'aggressore ritenerla accondiscendente.

In questo senso è importante considerare come la mancanza del consenso sia l'elemento costitutivo del reato di violenza sessuale.

È fondamentale impedire quell'inconsapevole atteggiamento giustificazionista, che rivittimizza le donne, per cui:

“una donna che denuncia uno stupro, in realtà, nel momento in cui lo ha subito potrebbe averlo voluto o comunque potrebbe non aver ben spiegato al suo violentatore che non lo volesse, o questi potrebbe non averlo capito” (De Nicola, 2018).

Per approfondire

Di Nicola P. *La mia parola contro la sua*. HarperCollins Italia; 2018.

Europa. Consiglio di Europa. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul, 11 maggio 2011. Strasburgo: CoE; 2011 (Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa – N° 210). Disponibile all'indirizzo: <https://rm.coe.int/1680462537>; ultima consultazione 05/05/2025.

ISTAT. *Gli Stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale. Anno 2018*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2019/11/Report-stereotipi-di-genere.pdf>; ultima consultazione 07/04/2025.

Italia. Legge 15 febbraio 1996, n. 66, Norme contro la violenza sessuale. Gazzetta ufficiale - Serie Generale n.42 del 20 febbraio 1996.

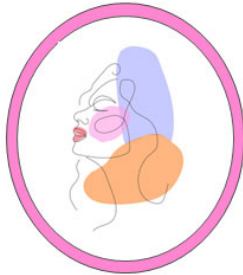
Sintesi della Scheda A5



L'espressione del consenso in ambito di violenza sessuale

Violenza sessuale è un termine molto generico che include diversi comportamenti come:

- Lo **stupro**, anche se l'autore è il partner o il marito
- Qualsiasi contatto sessuale **indesiderato**
- L'esposizione **non gradita** di un corpo nudo
- L'abuso sessuale di un **minore**
- Il **revenge-porn**





La violenza sessuale

L'art. 609-bis punisce con la reclusione da 6 a 12 anni chi, con **violenza o minaccia o abuso di autorità**, costringa taluno a compiere o subire atti sessuali.

Alla stessa pena soggiace il soggetto che induce taluno a compiere o subire atti sessuali **abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica** della persona offesa al momento del fatto.

Art. 609-bis del Codice Penale



Se lo si chiedesse ad una donna, a qualsiasi donna, la definizione di violenza sessuale sarebbe molto semplice:
quando il rapporto sessuale avviene senza consenso.

- **atto sessuale non consensuale con penetrazione** vaginale, anale o orale compiuto su un'altra persona con qualsiasi parte del corpo o con un oggetto
- altri **atti sessuali compiuti su una persona senza il suo consenso**

Il consenso deve essere dato **volontariamente**, quale libera manifestazione della volontà della persona, e deve essere **valutato tenendo conto della situazione e del contesto.**

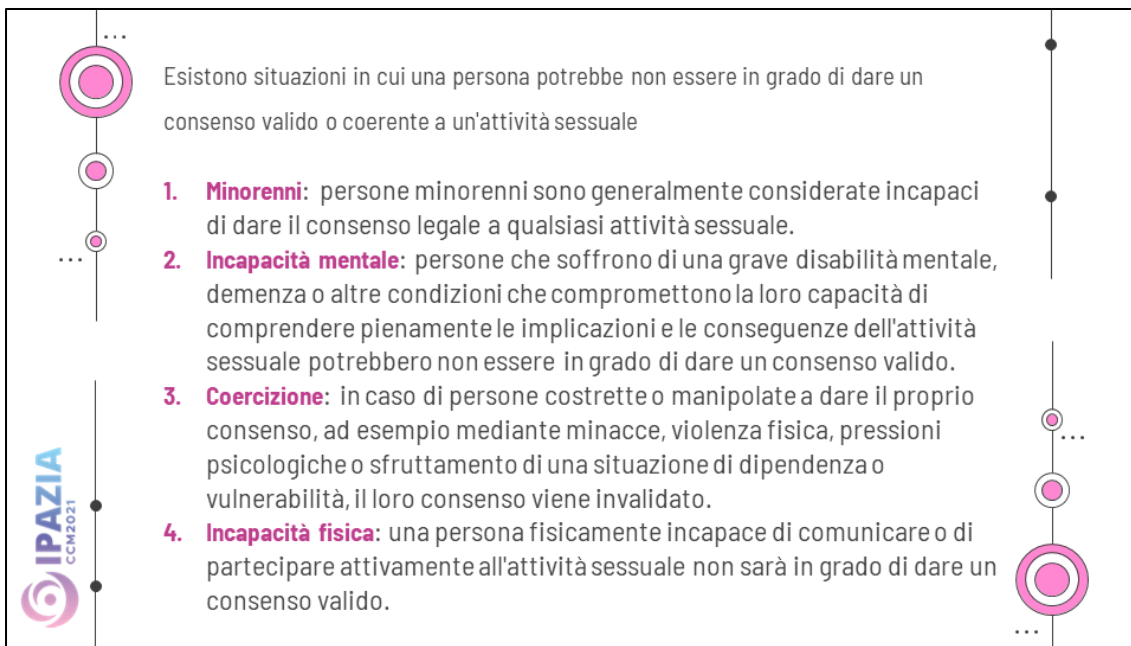
Convenzione di Istanbul, art 36, Consiglio d'Europa, 7 Aprile 2011




Il consenso

- **Esplicito**: si vuol dire sì
- **Valido**: espresso in un contesto sereno e in assenza di condizioni che possano alterare la volontà della donna (droghe, alcol)
- **Non coartato** da situazioni di condizionamento/pressioni ambientali (abuso di autorità)
- **Preliminare** al rapporto sessuale
- Deve permanere **durante tutto l'arco di tempo** in cui sono compiuti atti sessuali
- Che riguardi **tutte le modalità** in cui il rapporto sessuale viene consumato (uso profilattico, sex toys)

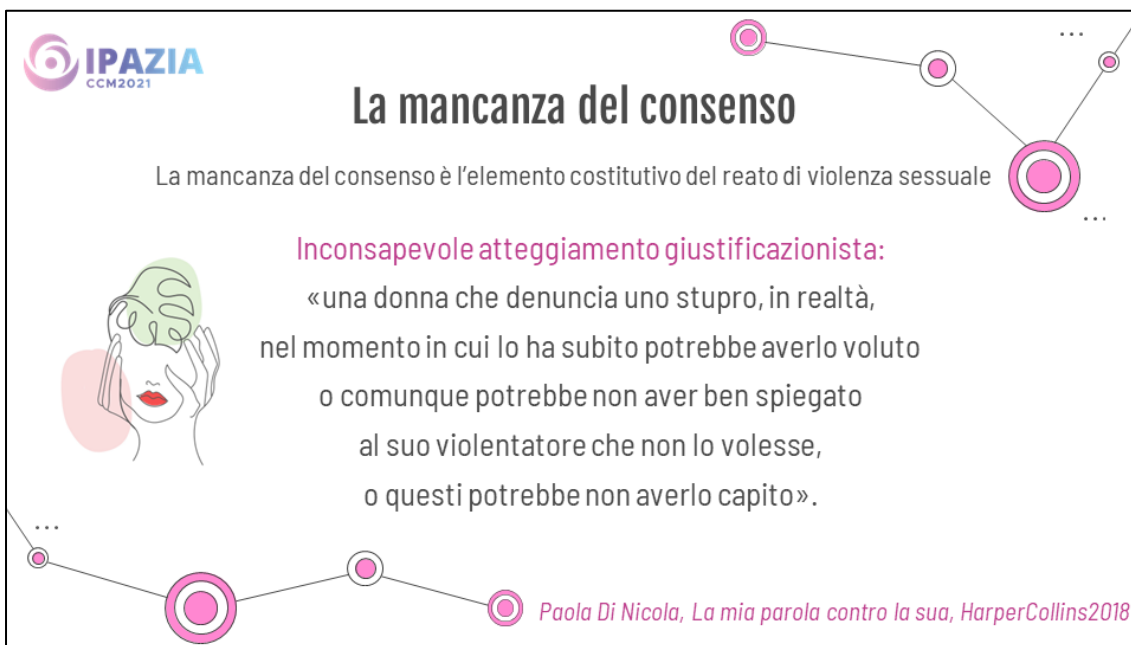




Esistono situazioni in cui una persona potrebbe non essere in grado di dare un consenso valido o coerente a un'attività sessuale

1. **Minorenni:** persone minorenni sono generalmente considerate incapaci di dare il consenso legale a qualsiasi attività sessuale.
2. **Incapacità mentale:** persone che soffrono di una grave disabilità mentale, demenza o altre condizioni che compromettono la loro capacità di comprendere pienamente le implicazioni e le conseguenze dell'attività sessuale potrebbero non essere in grado di dare un consenso valido.
3. **Coercizione:** in caso di persone costrette o manipolate a dare il proprio consenso, ad esempio mediante minacce, violenza fisica, pressioni psicologiche o sfruttamento di una situazione di dipendenza o vulnerabilità, il loro consenso viene invalidato.
4. **Incapacità fisica:** una persona fisicamente incapace di comunicare o di partecipare attivamente all'attività sessuale non sarà in grado di dare un consenso valido.

IPAZIA
CCM2021



IPAZIA
CCM2021

La mancanza del consenso

La mancanza del consenso è l'elemento costitutivo del reato di violenza sessuale

Inconsapevole atteggiamento giustificazionista:
«una donna che denuncia uno stupro, in realtà, nel momento in cui lo ha subito potrebbe averlo voluto o comunque potrebbe non aver ben spiegato al suo violentatore che non lo volesse, o questi potrebbe non averlo capito».

Paola Di Nicola, La mia parola contro la sua, HarperCollins2018



A6. Scheda di approfondimento

Modello di integrazione socio-sanitaria nella presa in carico di vittime di violenza: dal Pronto Soccorso alla Rete territoriale

Fabiana Nascimben

Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone

I Pronto Soccorso spesso sono il primo posto in cui si recano le vittime di violenza, in quanto accessibili sempre, non richiedono appuntamento e vi si può accedere per qualsiasi causa, non necessariamente per motivi legati alla violenza. Diventano, quindi, punti di accesso privilegiati per il primo riconoscimento e l'accoglienza di donne e minori che subiscono violenza e soggetti che subiscono crimini d'odio (anziani, diversamente abili, con diverso orientamento sessuale); in questa visione è fondamentale la formazione specifica del personale di salute.

Nel 2019, in seguito alla pubblicazione 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*, la Regione Friuli Venezia Giulia le ha fatte proprie con il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) **"Percorso ospedaliero per le Donne che subiscono Violenza"**, che ha declinato in chiave regionale le indicazioni nazionali orientate a garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne dal triage e fino al loro accompagnamento ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento. Su questa spinta nell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale è nato il GAV (Gruppo Aziendale Violenza) multidisciplinare, composto da specialisti di servizi ospedalieri e da operatrici e operatori dei servizi territoriali.

Premesso che ogni singolo professionista del GAV può essere anche riferimento per specifiche attività presenti all'interno dell'Azienda, con particolare riguardo alla violenza, le attività che svolge sono:

- coordinare la formazione aziendale attraverso il corso dal titolo "I volti della Violenza: Strategie di riconoscimento per operatori sanitari", rivolto al personale sanitario e non, con la finalità di strutturare un linguaggio comune e avere delle sentinelle nei vari punti di accesso (Pronto Soccorso, sistema di emergenza 118, reparti ospedalieri, servizi territoriali);
- coordinare la revisione dei protocolli per la violenza domestica e sessuale, su persone adulte e minori;
- collaborare con gli altri soggetti della rete antiviolenza partecipando a Tavoli di lavoro locali regionali e nazionali;
- mappare delle risorse presenti sul territorio;
- partecipare ad azioni di sensibilizzazione nei confronti della popolazione;
- organizzare convegni e incontri.

La collaborazione interistituzionale è rafforzata da un Tavolo interistituzionale, presieduto dalla Prefettura di Pordenone, che coordina i diversi soggetti della rete antiviolenza, promuove percorsi e formazione condivisi e multidisciplinari, monitora il fenomeno attraverso la raccolta di schede di rilevazione, promuove attività formative/informative nella popolazione. Il Tavolo è composto da rappresentanti di Forze dell'Ordine, Procura, Azienda Socio-sanitaria, Centro Antiviolenza (CAV), Servizi Sociali dei Comuni, Ordine degli Avvocati, Caritas, Ufficio Scolastico Regionale, Centri per Uomini Maltrattanti; tutti questi soggetti lavorano in sinergia con aggregazioni diverse a seconda delle situazioni.

Con l'adesione al Progetto #IpaziaCCM2021 è stato ritenuto di dover implementare la formazione di chi opera nei servizi territoriali, delle Infermiere di Continuità Assistenziale (ICA) presenti nei reparti e nei Pronto Soccorso e di infermieri/e del Punto Unico d'Accesso (PUA) dei distretti sanitari di AS FO che per il loro ruolo entrano in contatto con donne e uomini anziani, fragili, o persone con disabilità (loro e dei familiari) attraverso accesso diretto, segnalazione da parte del medico di medicina generale, progetti di screening delle situazioni di fragilità (PRISMA7), attivazione del telesoccorso, valutazione al domicilio di donne e uomini anziani e fragili o persone con disabilità.

La formazione ha fornito gli strumenti per il riconoscimento e attivazione della rete nelle situazioni di violenza avendo un filo diretto e di contatto preferenziale con tutti i nodi della rete (Servizi Sociali dei Comuni, Centri Antiviolenza, strutture protette (RSA, case di riposo, ospedali di comunità).

Quindi, quando una donna si reca in Pronto Soccorso viene accolta secondo le indicazioni ministeriali, assegnandole un codice giallo/arancione; al termine della valutazione medica saranno attivabili più azioni:

- **Dimissione con invio al domicilio:** fornire i riferimenti del CAV e/o del consultorio e/o servizi sociali
- **Dimissione con affidamento** diretto al CAV o altre strutture dedicate in caso di rischio elevato (stratificazione con *Danger Assessment 5 – DA5*)
- **Osservazione breve** (assieme ai figli minorenni se presenti) in stanza dedicata del Pronto Soccorso, o in reparto specialistico secondo giudizio clinico (ginecologia/ostetricia se donna gravida, pediatria se con minori) per predisporre la messa in protezione, organizzare la dimissione in sicurezza o dare il tempo alla donna di riconoscere la violenza se non riconosciuta, o decidere cosa fare se incerta
- **Ricovero** presso reparto ospedaliero adeguato alla patologia medica o traumatica rilevata; mantenendo elevato il livello di protezione della paziente, proponendo colloquio con il CAV, gli assistenti sociali, psicologi
- **Attivazione del territorio:**
 - Contatto con il CAV
 - Invio ai Servizi sociali dei Comuni
 - Invio ai Consultori Familiari per eventuale presa in carico e di supporto
 - attivazione degli ICA nel caso di donne anziane o con disabilità permanente e/o temporanea, che presentino bisogni di continuità assistenziale valutandone le criticità nel contesto domiciliare per una presa in carico territoriale precoce
- **Espletamento degli obblighi di legge**
- **Indicazioni sulla presenza di centri per gli uomini maltrattanti**

Per approfondire

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. *Gazzetta ufficiale - Serie Generale* n.24 del 30 gennaio 2018.

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. *PRISMA-7. Progetto di screening per individuare la fragilità nelle persone anziane*. Disponibile all'indirizzo <https://www.regione.fvg.it/rafvvg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA38/>; ultima consultazione 08/04/2025

Romito P, Folla N, Melato M. *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo. Nuova edizione*. Roma: Carocci Faber; 2017.

Sintesi della Scheda A6

Un modello di integrazione sociosanitaria nella presa in carico di vittime di violenza: dal Pronto Soccorso alla Rete territoriale.



L'esperienza di AS FO

- **Prima tappa:**
Formazione di un Gruppo Aziendale Violenza (GAV)
- **Seconda tappa:**
Implementazione del territorio



Formazione di un Gruppo Aziendale Violenza

- GAV unità funzionale che si occupa prevalentemente di formazione di tutti gli operatori sul territorio, dipendente dalla Direzione Sanitaria
- Formazione del personale aziendale e non aziendale ed applicazione del modello formativo PBL
- Lavoro in rete con altre Unità Operative ospedaliere e dei servizi territoriali, con i Servizi Sociali dei Comuni, con il Centro Antiviolenza, con le Forze dell'Ordine
- Formazione rivolta al riconoscimento della violenza sui minori (ascolto di un minore, collaborazione con altri servizi, implementazione della rete)
- Partecipazione a Tavoli istituzionali locali regionali e nazionali
- Partecipazione ad azioni di sensibilizzazione della popolazione attraverso l'organizzazione di convegni ed incontri



Implementazione del territorio

- Ricognizione e mappatura strutture sul territorio
- Implementazione community infermieristica
- segnalazione della violenza sugli anziani e diversamente abili o non autosufficienti: formazione degli Infermieri di Continuità Assistenziale (ICA)
- Lavoro in rete con altre Unità Operative ospedaliere e dei servizi territoriali, con i Servizi Sociali dei Comuni, con il Centro Antiviolenza, con le Forze dell'Ordine.
- Presa in carico degli uomini maltrattanti attraverso la collaborazione con Centri per trattamento uomini maltrattanti



Percorso di presa in carico dal Pronto Soccorso al Territorio

- **Dimissione con invio al domicilio:** fornire i riferimenti del CAV e/o del consultorio e/o servizi sociali
- **Dimissione con affidamento** diretto al CAV o altre strutture dedicate in caso di rischio elevato (stratificazione con DA-5)
- **Osservazione Breve** (assieme ai figli minorenni se presenti) in stanza dedicata del PS, o in reparto specialistico secondo giudizio clinico (ginecologia/ostetricia se donna gravida, pediatria se con minori) per predisporre la messa in protezione, organizzare la dimissione in sicurezza o dare il tempo alla donna di riconoscere la violenza se non riconosciuta, o decidere cosa fare se incerta
- **Ricovero** presso reparto ospedaliero adeguato alla patologia medica o traumatica rilevata; mantenendo elevato il livello di protezione della paziente, proponendo colloquio con il CAV, gli assistenti sociali, psicologi. **Attivazione degli ICA**
- **Attivazione del territorio:**
 - Contatto con il CAV
 - Invio ai Servizi sociali dei Comuni
 - Invio ai Consultori Familiari per eventuale presa in carico e di supporto
 - **Attivazione degli ICA** nel caso di donne anziane e non, con disabilità permanente e/o temporanea, che presentino bisogni di continuità assistenziale. Viene valutata la criticità nel contesto domiciliare; utilizzo dell'istituto della dimissione protetta (RSA, Ospedali di Comunità), del Telesoccorso per chiamata di aiuto anche in caso di violenza
- **Indicazioni sulla presenza di centri per gli uomini maltrattanti**



Criticità e Punti di forza di un modello di integrazione sociosanitaria: dal pronto soccorso al Territorio in AS FO

Criticità

- Complessità delle strutture pre-esistenti con difficile integrazione
- Personale non esclusivamente dedicato alla gestione della violenza, in un periodo di contrazione delle risorse
- Community infermieristica non esclusivamente dedicata alla gestione dei casi di violenza

Punti di forza

- Osservatorio ampio proprio perché formato da personale non esclusivo per la violenza: segnalazione di anziani, non autosufficienti, diversamente abili
- Ampliare le possibilità di riconoscimento, anche attraverso strumenti già esistenti (progetto Prisma, telesoccorso, dimissioni protette)
- Formazione di una community infermieristica e territoriale con nuove competenze

Indicatori e segnali che aiutano il personale di PS a riconoscere la violenza domestica		
INDICATORI COMPORTAMENTALI PSICOLOGICI	INDICATORI ANAMNESTICI	INDICATORI FISICI
• Atteggiamento contraddittorio o evasivo • Paziente riluttante a parlare in presenza del partner • Partner dispotico / iperprotettivo / controllante • Atteggiamenti difensivi incongrui • Agitazione, stato d'ansia e paura • Atteggiamento depresso • Sguardo fisso, apatia, mutismo • Senso di vergogna, di colpa o imbarazzo • Comportamento autolesivo - abuso di alcool, droga, cutting • Intenzioni suicide • Eccesso di adattabilità • Disforia, umore negativo e altalenante • Cambi di umore repentini che rendono difficile relazionarsi ed entrare in empatia • Rabbia, atteggiamento ostile, evasivo, che evita il contatto oculare o si sottrae a contatto Fisico	• Accessi/visite mediche ripetute per incidenti domestici/ trauma accidentale/ disturbi cronici in tempi irragionevoli • Rettenza o amnesia su alcuni argomenti o persone • Ritardo nel chiedere soccorso • Dinamica non correlabile alle lesioni • Lesioni/ problemi durante la gravidanza o aborti reiterati • Storia di subito abuso durante l'infanzia • Istituzionalizzazione • Depressione • Disturbi del sonno • Disturbi del comportamento alimentare • Tentati suicidi	• Ecchimosi, in particolare multi-stage (diversa fase cromatica) • Lesioni traumatiche: • testa ed al viso (lacerazioni, contusioni, abrasioni, emorragia retinica, perforazione membrana timpanica, segni di tentato strangolamento, capelli strappati)(il 30% è dovuto a violenza) • seno, zone genitali • lato ulnare avambraccio • in zone nascoste dagli abiti • Fratture ossee (ossa nasali, mandibola, rottura denti, coste, clavicola) • Ustioni, bruciature • Ferite da arma da taglio • Problematiche ginecologiche • Aborto/ nascita prematura/ basso peso neonatale alla nascita/ bambino nato morto • Disturbi ricorrenti e psicosomatici (cefalea, insonnia, senso di soffocamento, disturbi gastrointestinali, ...) • Dolore cronico • Sintomatologia vaga e diffusa • Malnutrizione • Avvelenamento intossicazione

Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale
Guida Per Operatori Di Pronto Soccorso, Progetto REVAMP 2017

DA 5 che aiuta il personale di PS a stratificare il rischio di recidiva alla dimissione

Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5)



- 1) La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?
☐ Sì ☐ No
- 2) L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?
☐ Sì ☐ No
- 3) Pensa che l'aggressore possa ucciderla?
☐ Sì ☐ No
- 4) L'ha mai picchiata durante la gravidanza?
☐ Sì ☐ No
- 5) L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?
☐ Sì ☐ No

IPAZIA CCM2021

A7. Scheda di approfondimento

Implementare il modello formativo #IpaziaCCM2021 sul territorio

Gioia Calagreti
USL Umbria 1, Città di Castello, Perugia

Il modello formativo proposto dal Progetto #IpaziaCCM2021 ha posto l'Azienda Sanitaria UsI Umbria 1 di fronte all'ardua sfida di **individuare un meccanismo unico e trasversale** che riuscisse ad **implementare il modello proposto dal Progetto** in tutti i Servizi Territoriali coinvolti nella gestione della vittima di violenza.

Caratteristica dell'**Azienda Sanitaria Territoriale**, infatti, è proprio quella di comprendere **tutti i Servizi che interessano la presa in carico e la gestione della donna che subisce violenza**: da quella che si affaccia al consultorio territoriale a quella che accede al Pronto Soccorso. Tenendo conto pure della presenza di servizi interni che gestiscono e supportano la donna o la persona minore anche nel "post-violenza": Servizi Sociali, Servizi dell'infanzia, Servizi di Psicologia, Centri Anti Violenza etc. L'approccio è stato quello di procedere a **step**:

1. è dapprima stato intrapreso un minuzioso lavoro di **mappatura dei Servizi** presenti in azienda e potenzialmente interessati dal macrotema violenza, suddividendo i momenti in cui il servizio poteva o doveva essere interessato a donne e a minori che accedevano;
2. sono quindi state **mappate le risorse organiche** disponibili al fine di individuare e personalizzare i bisogni formativi;
3. sono state studiate le **reti già esistenti fra i servizi** (Ospedale-Territorio e Territorio-Comune di pertinenza);
4. verificato laddove presenti reti o Protocolli d'Intesa quali erano i punti di forza e laddove non presenti quali potevano essere le criticità;
5. infine, **si è studiato il metodo** proposto dal Progetto #IpaziaCCM2021 **e pianificato la modalità di diffusione e implementazione nel territorio**.

La diffusione del Progetto ma soprattutto l'informazione sul Progetto a chi opera nella USL, alle Istituzioni Locali, alle Farmacie Territoriali e quindi ai cittadini, è stata effettuata ricorrendo a:

- **comunicati aziendali**;
- **convegni, riunioni ad hoc**;
- **materiale illustrativo** messo a punto e diffuso dal Gruppo di lavoro del Progetto. Brochure e volantini sono stati posizionati in tutti i punti strategici della USL e del territorio: sale d'attesa di Pronto Soccorso, Ambulatori e Reparti di pediatria e ginecologia, Centri di Salute, Consultori, Servizi Sociali, Centri Anti Violenza, Farmacie del territorio.

La modalità di formazione scelta dal Progetto #IpaziaCCM2021 è il metodo basato sul *Problem Based Learning* (PBL) del quale si è parlato nel corso degli altri capitoli delle presenti Linee Operative e che richiede un modello strutturato e preciso per la realizzazione.

Sono stati individuati 32 professionisti aziendali afferenti ai principali Servizi coinvolti nell'accoglienza e gestione della vittima di violenza fra coloro che avevano effettuato già il Corso 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 del Progetto #IPAZIACCM2021)" mediante la piattaforma dedicata alla Formazione a Distanza dell'Istituto Superiore di Sanità (www.eduiss.it).

Tale percorso formativo ha visto anche il coinvolgimento di coloro le/i quali hanno partecipato al Corso residenziale "Il *Problem Based Learning* nella formazione continua in sanità pubblica per lo sviluppo delle competenze: Ruolo, funzioni e compiti del Facilitatore dell'apprendimento (Progetto #IpaziaCCM2021)" svoltosi dal 24 al 26 ottobre 2022 presso l'ISS, che hanno preso parte attivamente alla formazione residenziale, effettuata nel Centro di Formazione Aziendale umbro con l'organizzazione di un corso, condotto a marzo del 2023, nel territorio della USL Umbria 1.

Si è così strutturato un percorso formativo integrato che potrà essere implementato anche successivamente presso il **Centro Unico Regionale di Formazione** con il coinvolgimento di personale delle altre Aziende Sanitarie Regionali.

Grazie al Progetto è stata inoltre promossa, dalla Responsabile Scientifica di #lpaziaCCM2021 per l'Umbria, la formazione della **Rete Aziendale dei Codici Rosa** costituita da personale di salute che sta revisionando le procedure dei Codici Rosa dei vari presidi Aziendali. È stata, inoltre, favorita la firma di due **protocolli d'Intesa fra 2 Distretti Sanitari della USL, gli Enti locali e le Istituzioni di riferimento** creando quella rete che rappresenta lo spirito guida e l'obiettivo del Progetto, per la reale presa in carico della donna o minore vittima di violenza.

Criticità principali incontrate nella implementazione del Progetto all'interno della USL sono state:

1. difficoltà nella **mappatura di tutti i Servizi coinvolti**. Molti servizi, infatti, che apparentemente possono non essere coinvolti nel tema della violenza, hanno, invece, realizzato dei progetti specifici oppure si avvalgono di personale con esperienza in tema di prevenzione e gestione della violenza e che doveva quindi essere incluso nel progetto;
2. difficoltà nella **individuazione dei protocolli e delle reti già esistenti** fra i servizi sanitari, sociali e comunali. La modalità di integrazione fra il Sistema Sanitario, gli Enti e le Istituzioni varia da territorio a territorio e recuperare l'esistente è stato molto complesso. Così come favorire la creazione di protocolli in territori in cui non esistevano o erano ormai superati;
3. difficoltà nella realizzazione del corso di Formazione Residenziale effettuato mediante metodologia PBL che richiede strumenti e regole precise per il raggiungimento dell'obiettivo formativo.

Punti di forza che ci hanno permesso di superare le criticità e hanno facilitato l'implementazione del Progetto all'interno della USL sono stati:

1. il **background dell'Azienda** storicamente impegnata nella lotta alla violenza contro le donne;
2. la creazione di una solida **squadra di personale professionista** unito dall'interesse verso la tematica;
3. l'**entusiasmo** delle operatrici e degli operatori coinvolti, che hanno garantito e garantiranno la prosecuzione della Formazione a livello Regionale;
4. gli investimenti effettuati dall'Azienda nella **formazione continua** della squadra in tema di prevenzione, gestione e supporto alla donna vittima di violenza.

Per approfondire

Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Pari Opportunità. Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.pariopportunita.gov.it/media/1952/piano-nazionale-violenza-2021-2023.pdf>; ultima consultazione 05/04/2025.

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. *Gazzetta ufficiale - Serie Generale* n.24 del 30-01-2018.

United Nations Entity for Gender Equality and Empowerment of Women. *Good practices in national action plans on violence against women*. Port-of-Spain, Trinidad and Tobago: UnWomen; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/egm/nap2010/MF_FINAL_FINAL_23_May.pdf; ultima consultazione 08/04/2025.

Sintesi della Scheda A7



Diffusione e promozione del progetto

Comunicati Aziendali

IPAZIA CCM2021

Comunicato Aziendale

Il progetto IPAZIA CCM2021, finanziato dal Ministero della Sanità, ha l'obiettivo di migliorare la presa in carico e l'assistenza alle donne e ai minori che subiscono violenza, attraverso la mappatura dei servizi e delle risorse organiche, lo studio delle reti esistenti e l'individuazione dei punti di forza e delle criticità. Il progetto è coordinato dal Dr. [Nome] e coinvolge [List of partners].

IPAZIA CCM2021

Comunicato Aziendale

Il progetto IPAZIA CCM2021, finanziato dal Ministero della Sanità, ha l'obiettivo di migliorare la presa in carico e l'assistenza alle donne e ai minori che subiscono violenza, attraverso la mappatura dei servizi e delle risorse organiche, lo studio delle reti esistenti e l'individuazione dei punti di forza e delle criticità. Il progetto è coordinato dal Dr. [Nome] e coinvolge [List of partners].

IPAZIA CCM2021

Comunicato Aziendale

Il progetto IPAZIA CCM2021, finanziato dal Ministero della Sanità, ha l'obiettivo di migliorare la presa in carico e l'assistenza alle donne e ai minori che subiscono violenza, attraverso la mappatura dei servizi e delle risorse organiche, lo studio delle reti esistenti e l'individuazione dei punti di forza e delle criticità. Il progetto è coordinato dal Dr. [Nome] e coinvolge [List of partners].

Corso FAD per il contrasto alla violenza di genere

IPAZIA CCM2021

www.eduliss.it

Diffusione e promozione del progetto

Brochure e volantini posizionati in punti strategici

IPAZIA CCM2021

Diffusione e promozione del progetto

Convegni, riunioni ad hoc

IPAZIA CCM2021

Formazione degli operatori della USL Umbria 1 attraverso la metodologia del PBL

Formazione residenziale sul metodo PBL in Istituto Superiore di Sanità di 4 formatori individuati all'interno del GDL di #ipaziaCCM2021

Pianificazione e realizzazione del corso PBL sul contrasto alla violenza di genere sono stati individuati 32 operatori che avevano già fruito del corso FAD sulla piattaforma EDUISS

Erogazione del corso presso in Centro di Formazione Aziendale

Pianificazione dei corsi per l'anno 2024 per tutta la Regione Umbria

Centro Unico di Formazione
Regione Umbria

PROGETTO IPAZIA: CCM2021
Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e i minori

C4226 E 4977

UNICA EDIZIONE (3 giornate):

20 MAGGIO 2021	09:00 - 14:00
21 MAGGIO 2021	09:00 - 14:00
22 MAGGIO 2021	09:00 - 14:00
23 MAGGIO 2021	09:00 - 14:00
24 MAGGIO 2021	09:00 - 14:00

SEDE: Centro Formazione Perugia Parco Santa Margherita - 06126 Perugia (PG)

Per informazioni: Regione Umbria e Servizi Regionali

E.C.M.



DALLA FORMAZIONE ALLA COSTRUZIONE DELLA RETE

Grazie al progetto è stata inoltre promossa, dalla Responsabile Scientifica di Ipazia per l'Umbria, la formazione della **Rete Aziendale dei Codici Rosa** costituita da professionisti che stanno revisionando le procedure dei Codici Rosa dei vari presidi Aziendali. È stata inoltre favorita la firma di due **protocolli d'Intesa fra 2 Distretti Sanitari della USL, gli Enti locali e le Istituzioni di riferimento** creando quella rete che rappresenta lo spirito guida e l'obiettivo del progetto, per la reale presa in carico della donna/minore vittima di violenza.

CRITICITA' E PUNTI DI FORZA

CRITICITA'

- Difficoltà nella mappatura di tutti i servizi coinvolti
- Difficoltà nell'individuazione dei protocolli e delle reti già esistenti fra i servizi sanitari, sociali e comunali
- Difficoltà nella realizzazione del corso di Formazione Residenziale a causa della rigida e rigorosa metodologia



PUNTI DI FORZA

- Background aziendale storicamente impegnato nella lotta alla violenza contro le donne
- Squadra di professionisti uniti dall'interesse verso la tematica
- Entusiasmo degli operatori coinvolti
- Investimenti effettuati dall'azienda nella formazione continua della squadra in tema di prevenzione, gestione e supporto alla vittima di violenza



A8. Scheda di approfondimento

Orfani speciali

Battista Giovanna De Luca (a), Maria Grazia Foschino Barbaro (b), Annalisa Loconsole (c)

(a) già *Prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i minori*, ASL Lecce, Lecce

(b) Gruppo di lavoro per il Coordinamento della Rete dei Servizi per il contrasto della Violenza all'Infanzia, Regione Puglia, Bari

(c) Associazione italiana Scuola Psicoterapia Cognitiva, Bari

Gli **orfani** di femminicidi, cosiddetti **speciali**, sono figli esposti ad una simultanea doppia perdita genitoriale: viene a mancare la madre per mano del padre che, in alcuni casi, si suicida o comunque viene arrestato; speciali perché *“la loro condizione psicologica è unica, così come i loro destini sono speciali”*.

La **Legge 4/2018** recante “Modifiche al codice civile, al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in favore degli orfani per crimini domestici”, definisce gli orfani speciali come “figli minori o maggiorenni economicamente non autosufficienti, i quali siano divenuti orfani di un genitore a seguito di omicidio posto in essere in danno dello stesso genitore dal coniuge, anche separato o divorziato, dall'altra parte dell'unione civile, pure se l'unione civile è cessata, ovvero dalla persona che è o è stata legata da relazione affettiva e stabile convivenza”.

L'esperienza della perdita assume un carattere di traumaticità di gran lunga più pervasivo delle condizioni di lutto genitoriale avvenuto per cause naturali o fortuite in quanto si aggiunge alla pregressa esposizione alla violenza assistita, ampliandosi a seguito delle ulteriori perdite, avversità secondarie e cambiamenti cui sono esposti bambine, bambini e adolescenti:

- se l'omicidio è avvenuto in casa l'abitazione viene sequestrata per un tempo non definito;
- è previsto l'affidamento ad altri familiari, in genere del ramo materno chiaramente in lutto;
- in assenza di risorse familiari il collocamento può essere disposto presso comunità educative, può essere necessario il trasferimento presso una nuova abitazione, spesso in un'altra città con il conseguente allontanamento dagli amici di sempre e dai contesti familiari;
- è possibile il coinvolgimento nel contesto giudiziario;
- il futuro risulta incerto per continui cambiamenti nello stile di vita.

Le peculiarità di queste esperienze generano nei figli sentimenti di colpa per non aver potuto evitare l'omicidio, sentimenti ambivalenti nei confronti del padre assassino, vergogna per lo stigma sociale, inquietudini.

Si possono osservare sintomi in diverse aree dello sviluppo:

Psicologica

- paure e ansie
- ricordi intrusivi
- evitamento
- sintomi dissociativi
- tristezza, senso di colpa, vergogna, rabbia e aggressività
- regressione nel funzionamento globale

Fisica

- disturbi del sonno
- algie varie
- mutismo

Sociale

- ritiro sociale
- problemi con i coetanei
- stigmatizzazione
- calo della *performance* scolastica
- difficoltà di apprendimento
- dispersione scolastica

La **tempestività** con cui le azioni di supporto sono poste in essere nell'immediato della crisi, rappresenta fattore di protezione rispetto agli esiti negativi a medio e lungo termine e riduce la possibilità di reazioni acute da stress. Gli interventi attuati in questa fase mirano a soddisfare i bisogni di base e la sicurezza, a favorire il sostegno sociale, promuovere la resilienza e il recupero a lungo termine. Fondamentale è la creazione di uno spazio relazionale solidale, ove trovare contenimento allo stato di *shock* e stordimento iniziale; un intervento psicoeducativo volto a condividere gli effetti del trauma e favorire l'*empowerment* delle capacità di fronteggiamento delle vittime.

Gli interventi "**for long-term recovery**" consentono una riduzione dello stress post-traumatico, delle complicazioni del lutto, dei vissuti depressivi e della sofferenza.

L'intervento psicoterapico individuale per un orfano di femminicidio avrà come *focus*:

- la stabilizzazione dei sintomi traumatici e più in generale il potenziamento della regolazione emotiva, che si ipotizza danneggiata dall'esposizione cronica a esperienze sfavorevoli infantili nei principali contesti di accudimento e crescita;
- l'elaborazione delle numerose perdite incorse;
- l'identità personale in fase di sviluppo alla luce della propria storia familiare e delle esperienze traumatiche che l'hanno caratterizzata;

Il confronto con il femminicidio e la condizione degli orfani ha un effetto deflagrante anche per i diversi servizi coinvolti e per le comunità locali. Inoltre, l'esposizione a condizioni emergenziali e a stress collettivi è associata a un aumento dell'utilizzo dei servizi socio-sanitari a causa dell'impatto sulla salute.

A tal proposito Regione Puglia dal 2019 ha elaborato un modello organizzativo di rete territoriale (DGR n. 1641/20) secondo l'approccio **Trauma-Informed Care** (SAMHSA, 2014) che consiste nell'integrazione dei clinici con tutti gli altri attori (forze dell'ordine, magistrati, assistenti sociali, educatori, insegnanti, ecc.) e i diversi target coinvolti, al fine di dare risposte efficaci in termini di cura degli orfani e degli affidatari, ma anche di costruire modelli di policy che rispondano in modo efficace alla complessità del trauma interpersonale anche in termini di salute pubblica.

Per approfondire

Alisic E, Krishna RN, Groot A, Frederick JW. Children's mental health and well-being after parental intimate partner homicide: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2015;18:328-45.

Aringolo K, Di Giunta L. *L'esperienza del lutto in età evolutiva nel lavoro clinico cognitivo-comportamentale*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva. 2014;34:79-104. Milano: Franco Angeli Editore; 2014. doi: 10.3280/QPC2014-034006.

Baldry AC. *Orfani speciali: Chi sono, dove sono, con chi sono. Conseguenze psico-sociali su figlie e figli del femminicidio*. Milano: Franco Angeli; 2017.

Foschino Barbaro MG, Goffredo M, Sgaramella A, Costantini A. *Ricomporre un mondo in frantumi: capire e curare i traumi dei minorenni orfani di femminicidio*. Cognitivismo Clinico. 2023;2. Giovanni Fioriti Editore; 2023.

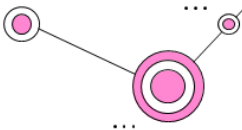
Goffredo M, Vitale GT, Pellegrini M, Foschino Barbaro MG. *Piccoli Passi verso i bambini orfani speciali. Indicazioni Psicoeducative*. Bari: Collana Editoriale Piccoli passi; 2018.

Iacolino C. *Dall'emergenza alla normalità. Strategie e modelli di intervento nella psicologia dell'emergenza*. Milano: Franco Angeli; 2016.

Sintesi della Scheda A8



Gli orfani speciali



Gli **orfani** di femminicidi, cosiddetti "**speciali**", sono figli esposti ad una simultanea doppia perdita genitoriale: viene a mancare la madre per mano del padre che, in alcuni casi, si suicida o comunque viene arrestato;

Definiti "speciali" perché «*la loro condizione psicologica è unica, così come i loro destini sono speciali*» (Baldry, 2017).

L'esperienza della perdita assume un **carattere di traumaticità** di gran lunga più pervasivo delle condizioni di lutto genitoriale avvenuto per cause naturali o fortuite.



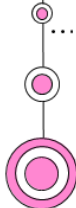




La normativa

Legge 11 gennaio 2018, n. 4 recante "Modifiche al codice civile, al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in favore degli orfani per crimini domestici", pubblicata nella G.U. il 1° febbraio 2018 e in vigore dal 16 febbraio 2018 con Decreto attuativo 71/2020 "Misure di sostegno agli orfani di crimini domestici e di reati di genere e alle famiglie affidatarie".

Definisce gli orfani speciali come "*figli minori o maggiorenni economicamente non autosufficienti, i quali siano divenuti orfani di un genitore a seguito di omicidio posto in essere in danno dello stesso genitore dal coniuge, anche separato o divorziato, dall'altra parte dell'unione civile, pure se l'unione civile è cessata, ovvero dalla persona che è o è stata legata da relazione affettiva e stabile convivenza*".



Le conseguenze

Le peculiarità di queste esperienze generano nei figli sentimenti di colpa per non aver potuto evitare l'omicidio, sentimenti ambivalenti nei confronti del padre assassino, vergogna per lo stigma sociale, inquietudini. Si possono osservare **sintomi in diverse aree dello sviluppo**

PSICOLOGICI

- Paure e ansie
- Ricordi intrusivi
- Evitamento
- Sintomi dissociativi
- tristezza, senso di colpa, vergogna, rabbia e aggressività
- regressione nel funzionamento globale

FISICI

- Disturbi del sonno
- Algie varie
- Mutismo

SOCIALI

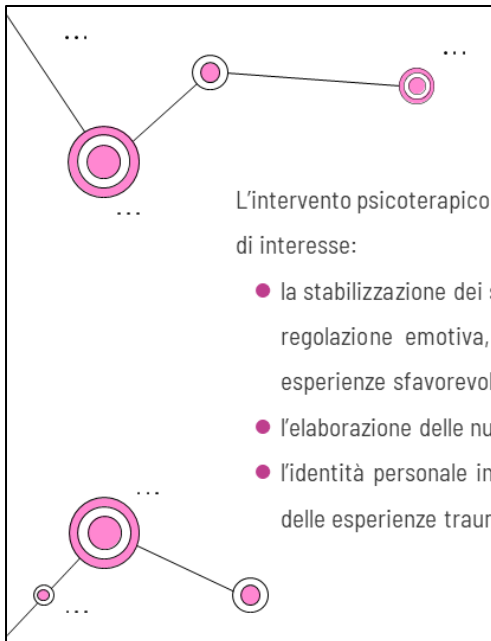
- Ritiro sociale
- Problemi con i coetanei
- Stigmatizzazione
- Calo della performance scolastica
- Difficoltà di apprendimento
- Dispersione scolastica

Gli interventi

Gli **"early interventions"**, consentono di agire **tempestivamente**, a ridosso del femminicidio rappresentando un fattore prognostico rispetto alla qualità degli adattamenti, a breve e medio termine, riducendo la possibilità di reazioni acute da stress. Questi interventi mirano a soddisfare i bisogni di base e di sicurezza, a favorire il sostegno sociale, sostenere i processi decisionali, la prevedibilità e la condivisione emotiva. Fondamentale è la creazione di uno spazio relazionale solidale, per contenere lo stato di shock; condividendo gli effetti del trauma e sostenendo la comunicazione realistica con gli orfani e l'empowerment dei caregivers.

Gli interventi **"for long-term recovery"** consentono una riduzione dello stress post-traumatico, delle complicazioni del lutto, dei vissuti depressivi e della sofferenza complessiva attraverso percorsi di psicoterapia che coinvolgono i minorenni e i nuovi caregivers.

IPAZIA CCM2021



IPAZIA
CCM2021

L'intervento psicoterapico individuale per un orfano di femminicidio avrà come focus di interesse:

- la stabilizzazione dei sintomi traumatici e più in generale il potenziamento della regolazione emotiva, che si ipotizza danneggiata dall'esposizione cronica a esperienze sfavorevoli infantili nei principali contesti di accudimento e crescita;
- l'elaborazione delle numerose perdite incorse;
- l'identità personale in fase di sviluppo alla luce della propria storia familiare e delle esperienze traumatiche che l'hanno caratterizzata.



IPAZIA
CCM2021

Il confronto con il femminicidio e la condizione degli orfani ha un effetto deflagrante anche per i diversi servizi coinvolti e per le comunità locali. Inoltre l'esposizione a condizioni emergenziali e a stress collettivi è associata a un aumento dell'utilizzo dei servizi socio-sanitari a causa dell'impatto sulla salute.

A tal proposito Regione Puglia dal 2019 ha elaborato un modello organizzativo di rete territoriale (DGR n. 1641/20) secondo l'approccio **Trauma-Informed-Care** (SAMHSA's, 2014) che consiste nell'integrazione dei clinici con tutti gli altri attori (forze dell'ordine, magistrati, assistenti sociali, educatori, insegnanti, ecc.) e i diversi target coinvolti, al fine di dare risposte efficaci in termini di cura degli orfani e degli affidatari, ma anche di costruire modelli di policy che rispondano in modo efficace alla complessità del trauma interpersonale anche in termini di salute pubblica.

PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO MOBILE

INTERVENTI PSICOSOCIALI

PSICOTERAPIA

ASSESSMENT PSICOLOGICO

A9. Scheda di approfondimento

Unità Operativa di Zona: strumento di intervento interdisciplinare e sistemico nei casi di violenza di genere

Angela Germano
ASL di Matera, Matera

La Legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) si è proposta di riorganizzare, in modo organico e integrato, i processi di costruzione sociale dei programmi di intervento, assegnando un ruolo fondamentale alla pianificazione.

È la legge per l'assistenza finalizzata alla promozione di interventi sociali, socioassistenziali e socio-sanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà.

Dal titolo si può osservare che si tratta di una legge quadro; pertanto, la relativa applicazione è delegata all'emanazione di decreti da parte del Governo, Ministeri, Regioni, ecc.

La Basilicata è stata una delle prime Regioni che ha innovato il sistema dei servizi sociali; infatti, già nel 1999 è stato approvato il primo Piano Socio Assistenziale Regionale che anticipa in gran parte il testo della legge di riforma dell'assistenza, la 328/2000.

Nel 2001 i Comuni hanno realizzato il processo di costruzione dei Piani Sociali di Zona e dato vita ad un nuovissimo impianto normativo locale in attuazione del Piano Regionale e della Legge 328/2000.

Il Piano di zona ha rappresentato la piena affermazione dell'autonomia locale nella programmazione e gestione dei servizi sociali, favorendo la vicinanza operativa e programmatica tra servizi, Enti, soggetti sociali e istituzionali presenti in un territorio disomogeneo e geograficamente caratterizzato. È stato anche il luogo idoneo all'attuazione delle forme collaborative e di integrazione tra servizi e interventi sanitari e servizi e interventi sociali, nonché l'occasione per offrire alle comunità locali la lettura, valutazione, programmazione e guida per il proprio sviluppo. Ha stabilito altresì forme e modalità gestionali atte a garantire approcci integrati e interventi connotati in termini di efficacia, efficienza ed economicità.

Procedura operativa presa in carico territoriale

Nel sistema dei servizi sociali in Basilicata, attraverso protocolli tecnici, le **Unità Operative di Zona (UOZ)** hanno rappresentato e rappresentano ancora una modalità di lavoro e una strategia di azione formalmente definita. È il *management* di una situazione problematica, in particolare nella presa in carico di donne e minori vittime di violenza, è un processo di azioni e relazioni all'interno di una rete o di un sistema di servizi, che garantisce che persona in difficoltà riceva i servizi di cui necessita in modo partecipato, efficace ed economicamente ottimizzato.

È il gruppo multidisciplinare, interistituzionale (rete territoriale) chiamato a valutare, progettare e coordinare gli interventi in termini operativi, elaborando i piani individualizzati di azione programmandone le successive verifiche.

Restano ferme le autonome responsabilità di ogni operatrice e operatore legate alle proprie competenze specifiche degli enti di provenienza.

Le UOZ sono attivate dal personale di salute che ha preso in carico la persona interessata (che diventa parte integrante del progetto) e convocano le operatrici e gli operatori della Rete Territoriale che, a vario titolo, parteciperanno al processo di valutazione nonché analisi della situazione per la messa a punto di un piano d'intervento.

Questa modalità operativa si avvarrà di 6 fasi:

- Informazione, approfondimento: riguarda la raccolta delle informazioni della situazione, opzioni, risorse, possibilità, potenzialità della persona;
- Interpretazione ed elaborazione: dalle informazioni si cerca di ricavare delle deduzioni, di formulare delle valutazioni, di fornire delle spiegazioni, di puntualizzare alcuni aspetti della situazione, di evidenziare connessioni;
- Valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse;

- Definizione del quadro degli obiettivi e delle modalità: si decide cosa è possibile fare, come e cosa si può costruire a partire dalla condizione data;
- Messa a punto del piano individuale di emancipazione;
- Verifiche periodiche.

L'attivazione delle UOZ, pertanto, diventa uno strumento indispensabile per la definizione di un Progetto Integrato di Assistenza, utile alla donna vittima di violenza e alle operatrici e agli operatori per la presa in carico globale e non frammentaria sotto il segno di una medesima visione globale.

Questo progetto non solo risponde alla richiesta di intervento di tipo sanitario, ma anche ad un agire multisettoriale, con soggetti formali o informali che possono promuovere azioni capaci di poter determinare processi di *recovery*.

L'orientamento richiama l'integrazione dei saperi, del saper fare e delle competenze che includono, oltre i bisogni sanitari anche quelli relazionali, economici, dei diritti e culturali. La *mission* è quella di accompagnare la donna nel percorso di fuoriuscita dalla spirale della violenza attraverso il recupero della propria autostima e la riconquista dell'autonomia e libertà. La donna così viene supportata nella presa di consapevolezza delle dinamiche e degli effetti della violenza subita.

Sintesi della Scheda A9

L'UNITA' OPERATIVA DI ZONA : STRUMENTO DI INTERVENTO INTERDISCIPLINARE E SISTEMICO NEI CASI DI VIOLENZA DI GENERE ...

L.328/2000

È la legge per l'assistenza finalizzata alla promozione di interventi sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà.

Dal titolo si può osservare che si tratta di una Legge Quadro, pertanto la relativa applicazione è delegata all'emanazione di decreti da parte del Governo, Ministeri, Regioni.

La Basilicata è stata una delle prime regioni che ha innovato il sistema dei servizi sociali, infatti già nel 1999 è stato approvato il primo Piano Socio Assistenziale Regionale che anticipa in gran parte il testo di questa legge di riforma dell'assistenza.



I PIANI DI ZONA NELLA REGIONE BASILICATA

- Il **Piano di zona** ha rappresentato la piena affermazione dell'autonomia locale nella programmazione e gestione dei Servizi Sociali
- Ha favorito la vicinanza operativa e programmatica tra servizi, Enti, soggetti sociali e istituzionali presenti in un territorio disomogeneo e geograficamente caratterizzato
- È stata l'occasione per attuare delle forme collaborative e di integrazione tra servizi e interventi sanitari e servizi e interventi sociali, nonché l'opportunità per offrire alle comunità locali la lettura, valutazione, programmazione e guida per il proprio sviluppo
- Ha stabilito altresì **forme e modalità gestionali atte a garantire approcci integrati e interventi connotati in termini di efficacia, efficienza ed economicità**



LE UNITA' OPERATIVE DI ZONA (UOZ)

Nel sistema dei servizi sociali in Basilicata, attraverso protocolli tecnici, le **UNITA' OPERATIVE DI ZONA** hanno rappresentato e rappresentano ancora:

- una modalità di lavoro e una strategia di azione formalmente definita
- il management di una situazione problematica, **in particolare nella presa in carico di donne e minori vittime di violenza**
- un processo di azioni e relazioni all'interno di una rete o di un sistema di servizi, che garantisce alla persona in difficoltà i servizi di cui necessita in modo partecipato, efficace ed economicamente ottimizzato



L' UNITÀ OPERATIVA DI ZONA (UOZ)

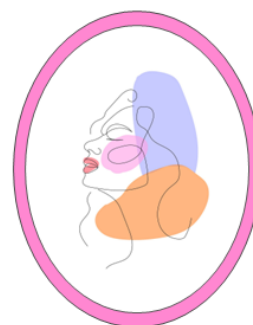


- È il gruppo multidisciplinare, interistituzionale (rete territoriale) chiamato a valutare, progettare e coordinare gli interventi in termini operativi, elaborando i piani individualizzati di azione programmandone le successive verifiche
- Restano ferme le autonome responsabilità di ogni operatore legate alle proprie competenze specifiche degli enti di provenienza



L' UNITA' OPERATIVE DI ZONA (UOZ)

La UOZ è attivata dall'operatore che ha preso in carico la persona interessata (che diventa parte integrante del progetto) e convoca gli operatori della **Rete Territoriale** che, a vario titolo, parteciperanno al processo di valutazione/analisi della situazione per la messa a punto di un piano d'intervento.

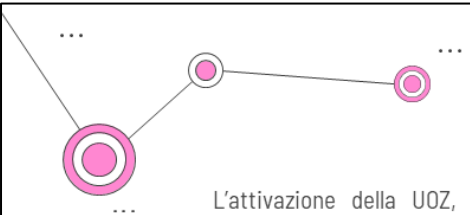


LE UNITA' OPERATIVE DI ZONA (UOZ)

Questa modalità operativa si avvarrà di 6 fasi:

- 1) **Informazione, approfondimento:** riguarda la raccolta delle informazioni della situazione, opzioni, risorse, possibilità, potenzialità della persona
- 2) **Interpretazione ed elaborazione:** dalle informazioni cerchiamo di ricavarne delle deduzioni, di formulare delle valutazioni di fornire delle spiegazioni, di puntualizzare alcuni aspetti della situazione, di evidenziare connessioni
- 3) **Valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse**
- 4) **Definizione del quadro degli obiettivi e delle modalità:** si decide cosa è possibile fare, come e cosa si può costruire a partire dalla condizione data
- 5) **Messa a punto del piano individuale di emancipazione**
- 6) **Verifiche periodiche**





Conclusioni

L'attivazione della UOZ, pertanto, diventa uno strumento indispensabile per la definizione di un **PROGETTO INTEGRATO DI ASSISTENZA**, utile alla donna vittima di violenza e agli operatori per la presa in carico globale e non frammentaria, sotto il segno di una medesima visione globale.

La *mission* è quella di accompagnare la donna nel percorso di fuoriuscita dalla spirale della violenza attraverso il recupero della propria autostima e la riconquista dell'autonomia e libertà. La donna così viene supportata nella presa di consapevolezza delle dinamiche e degli effetti della violenza subita.



GLOSSARIO

Rosa Dalla Torre

Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Di seguito viene riportato un elenco della terminologia legata alla violenza di genere, costruito attraverso la consultazione di fonti autorevoli in questo ambito, tra cui Istituzioni, Enti, Organizzazioni e persone esperte. In merito alla terminologia riguardante l'abuso e lo sfruttamento sessuale è possibile avvalersi del "Glossary on sexual exploitation and abuse. Thematic glossary of current terminology related to Sexual Exploitation and Abuse (SEA) in the context of the United Nations" pubblicato dalle Nazioni Unite nel 2017.

<i>Drug facilitated sexual assault</i>	Indica la violenza sessuale imposta dopo aver somministrato alla vittima designata, a sua insaputa, una sostanza sedativa molto potente che provoca uno stato d'incoscienza tale da annullarne ogni forma di resistenza o reazione. Si tratta di farmaci psico-attivi che hanno effetti sedativi, dissociativi, ipnotici e possono causare un'amnesia retroattiva, un vuoto totale dei ricordi per un tempo variabile tra le 4 e le 5 ore e tale da generare una grande ansia e angoscia nella donna. In questi casi le donne si rivolgono ai Servizi territoriali o si recano direttamente al Pronto Soccorso, alla ricerca di risposte e con la speranza che la visita medica o gli esami possano escludere l'ipotesi di violenza. La sostanza più frequentemente utilizzata in queste circostanze è l'alcol ma si sta diffondendo sempre più l'utilizzo della cosiddetta droga dello stupro.
Femminicidio	È un'uccisione intenzionale motivata da ragioni di genere. L'omicidio di genere rappresenta la forma più brutale ed estrema di violenza contro donne e ragazze ed è differenziato dall'omicidio, la cui motivazione può non essere legata al genere. Il femminicidio trae origine dalla discriminazione verso donne e ragazze, da dinamiche di potere asimmetriche, da stereotipi di genere o da norme sociali devianti. Costituisce la manifestazione più estrema di un continuum di violenza contro donne e ragazze che può avvenire in ambito domestico, lavorativo, scolastico o pubblico, essere perpetrato da partner, familiare o sconosciuto e può comprendere molestie sessuali, altre forme di violenza, pratiche dannose per la salute e la tratta di esseri umani.
<i>Intimate Partner Violence (IPV)</i>	È una violenza agita dal partner (marito, compagno, fidanzato) o ex partner, è la forma più diffusa di violenza sulle donne. Le caratteristiche peculiari della violenza agita dal partner o dall'ex partner sono essenzialmente rappresentate dalla continuità e dalla ciclicità. Consiste in una serie di atti lesivi della libertà della partner od offensivi della sua dignità di persona. Si verifica quando, in un rapporto familiare a carattere coniugale o di convivenza, vi sono partner o ex-partner che agiscono comportamenti violenti a livello fisico, psicologico, sessuale. Le conseguenze sono drammatiche a breve e a lungo termine con problematiche di salute molteplici e un aumentato rischio di disturbi mentali inclusi quelli dovuti a disturbo da stress post-traumatico.
Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)	Sono una pratica dannosa che comporta la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili per ragioni non legate a necessità di salute, bensì a tradizioni in determinati contesti sociali. Le MGF possono portare non solo a rischi immediati, ma anche a complicazioni a lungo termine per la salute e il benessere fisico, mentale e sessuale delle donne. La pratica è riconosciuta a livello internazionale come una violazione dei diritti umani delle ragazze e delle donne e come una forma estrema di discriminazione di genere. Le MGF rappresentano, infatti, una violazione dei diritti delle bambine e delle ragazze, andando contro il diritto alla salute, alla sicurezza e all'integrità fisica, il diritto di essere libere dalla tortura e da trattamenti crudeli, inumani o degradanti e il diritto alla vita (laddove la procedura determini la morte).

Rischio di re-vittimizzazione	Definisce la situazione in cui la violenza e la sua pericolosità possa ripresentarsi nonché indurre un' <i>escalation</i> che sfoci in maltrattamento grave, fino alla morte della donna.
Stupro coniugale	È una manifestazione della violenza sessuale che, se pur reiterato, rimane frequentemente sommerso. Esso consiste non solo nella costrizione a rapporti sessuali tramite minacce, intimidazione o attraverso l'uso della forza fisica, ma anche nell'estorsione di rapporti sessuali contrari alla volontà della persona mediante la messa in atto di altre forme di vessazione psicologica o economica, in un più generale clima di violenza. Può essere legittimato, all'interno di specifici contesti culturali, quando il rapporto sessuale imposto (contro volontà) è motivato attraverso il dovere coniugale, ossia diritto dell'uomo di pretendere un rapporto sessuale e dovere nonché obbligo della donna di soddisfare tale bisogno. È culturalmente minimizzato perché, spesso, nell'immaginario collettivo è considerato un'esperienza meno traumatica dello stupro da persona non conosciuta. Le evidenze, al contrario, mostrano l'insorgenza di disturbi psichici analoghi e in alcuni casi anche più gravi legati alla reiterazione della violenza e al significativo investimento affettivo della donna rispetto al partner.
Tratta delle donne	È un fenomeno conseguente alla criminalità organizzata internazionale che, in violazione dei diritti umani, priva gli individui della loro libertà al fine di trarne vantaggi economici. L'Ufficio dell'ONU sulle droghe e sul crimine definisce la tratta di esseri umani come il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'alloggiamento o l'accoglienza di persone con la minaccia di ricorrere alla forza, o con l'uso effettivo della forza o di altre forme di coercizione, mediante il rapimento, la frode, l'inganno, l'abuso di autorità o una situazione di vulnerabilità, o con l'offerta o l'accettazione di pagamenti o di vantaggi al fine di ottenere il consenso di una persona avente autorità su di un'altra ai fini dello sfruttamento. Le condizioni di vita delle donne, private per anni di qualsiasi diritto e libertà, sono talmente dure che spesso viene minata profondamente la loro salute psicofisica, con un aumentato rischio di disturbi post traumatici da stress.
Violenza fisica	Può essere esercitata in diverse maniere, che vanno dalla minaccia di percosse all'essere effettivamente picchiate anche con oggetti, sino ad essere colpite con armi e, in taluni casi, uccise.
Violenza sessuale	Fa riferimento a quelle situazioni in cui la donna viene costretta ad avere atti sessuali contro la propria volontà; ciò non significa necessariamente subire uno stupro, ma sono considerate forme di violenza sessuale anche il tentato stupro, toccamenti indesiderati, attività sessuali umilianti, o minacce di subire violenza sessuale.
Violenza psicologica	Si intendono azioni, parole e comportamenti non verbali che mirano a infliggere intenzionalmente sentimenti di angoscia o paura. La violenza include denigrazioni o umiliazioni dirette, ma anche situazioni di controllo e isolamento nelle quali la vittima perde la libertà e la possibilità di effettuare scelte in autonomia in diversi ambiti della propria vita.
Violenza economica	Si intende ogni forma di controllo e privazione che limiti l'autonomia e l'indipendenza economica della donna. L'uomo detiene la completa gestione del bilancio familiare e, anche se la donna svolge un'attività lavorativa, ne sorveglia e amministra le finanze, arrivando ad esercitarvi un controllo totale. Questa dinamica priva la donna della propria autonomia economica, ponendola in una condizione di assoluta dipendenza.

Violenza agita da persona conosciuta	È un evento con alta possibilità di reiterazione, manifestandosi generalmente tra le mura domestiche, ma si può riferire anche a contesti comunitari o di vita aggregativa (ambito scolastico, lavorativo, dello sport). Spesso è una violenza taciuta con un impatto più forte in termini di danno, a breve e a lungo termine, a livello psicofisico nelle donne e nei loro figli. Si caratterizza per un <i>pattern</i> comportamentale violento, che include una vasta gamma di maltrattamenti fisici, sessuali, psicologici ed economici, che possono alternarsi, susseguirsi nonché sovrapporsi, e che sono usati da una persona nei confronti di un'altra nell'ambito di una relazione intima al fine di ottenere o mantenere un costante potere, controllo e autorità sulla vittima. Il carattere di continuità della violenza domestica interessa tanto la violenza fisica e psicologica, quanto quella sessuale. Gli studi condotti, e l'osservazione effettuata con il lavoro nei Centri Antiviolenza, evidenziano che in un contesto di cronicizzazione e di continuità dei comportamenti violenti, anche l'iniziale monovalenza degli stessi (violenza solo fisica, solo psicologica, solo sessuale, ecc.) tende progressivamente ad essere sostituita da una sovrapposizione dei diversi tipi di violenza, quanto più questa si protrae nel tempo.
Violenza agita da persona sconosciuta	In questo caso la violenza viene perpetrata da una persona che non intrattiene alcuna relazione con la vittima e in un evento unico con scarsa possibilità di reiterazione. Questa avviene, più di frequente, in luoghi pubblici (parchi, strada, discoteche, ecc.). È una forma di violenza che spesso crea allarme sociale e attenzione mediatica, ma si tratta di casi poco frequenti. Altre manifestazioni di violenza ad opera di uomini sconosciuti alla donna possono essere la violenza di gruppo e il <i>drug facilitated sexual assault</i> , la tratta e la violenza online.
Violenza di gruppo	Spesso è il frutto di precise progettualità e non di pulsioni sessuali irrefrenabili o di <i>raptus</i> . Soprattutto nei contesti bellici, tale forma di violenza viene concepita e attuata come forma di rappresaglia e arma da guerra, quale strategia per infliggere volutamente alla vittima e alla comunità un grado di umiliazione elevato. Il gruppo, anche definito branco, diventa il palcoscenico e il luogo di ostentazione della forza e della potenza individuali, nel quale il singolo, protetto dall'anonimato del gruppo, può agire la propria aggressività e violenza. Tale dinamica consente la legittimazione del comportamento violento del singolo individuo in una certa misura deresponsabilizzandolo.
Violenza online contro le donne o cyber-violenza	Questa forma di violenza si manifesta <i>online</i> , tramite <i>Internet</i> e piattaforme digitali, e assume diverse forme: attacchi verbali, minacce, ricatti e diffusione non consensuale di materiale sessualmente esplicito. Spesso gli insulti e gli attacchi verbali sono diretti a singole donne, ma in molti casi l'obiettivo è l'intero genere femminile, con lo scopo di colpire e denigrare le donne in quanto tali (<i>hate speech</i>). L'incitamento all'odio contro le donne è una delle forme più comuni di violenza <i>online</i> e include minacce, apologia di stupro e <i>revenge porn</i> , come la diffusione non consensuale di immagini intime o la pornografia non consensuale. Queste azioni configurano una serie di violenze legate alla condivisione e diffusione digitale, senza consenso, di video, foto, audio e immagini a contenuto sessuale, anche realizzate tramite l'intelligenza artificiale con l'intento di umiliare o danneggiare la vittima.
Violenza sulle donne disabili	Questa forma di violenza si rivolge a donne che subiscono discriminazioni multiple, originate dall'intersezione di vari fattori di rischio, in particolare genere e disabilità. Spesso, le donne con disabilità sono rese invisibili, identificate unicamente attraverso la loro condizione, e la violenza che subiscono rimane ancora più nascosta rispetto alla popolazione femminile generale (United Nations General Assembly. United Resolution adopted by the Human Rights Council on 13 July 2021). A volte, pur essendo consapevoli degli abusi, queste donne non riescono a denunciare, inoltre, i servizi territoriali e i centri antiviolenza non sempre sono adeguatamente preparati per accogliere e gestire la disabilità, rendendo difficile fornire un approccio consona alle specifiche esigenze di queste donne. Tra i fattori di rischio significativi emerge la presenza di disabilità psichiatriche, che possono limitare la percezione e la capacità di reazione o segnalazione delle violenze subite.

**Violenza sulle
donne anziane**

Racchiude la somma di più fragilità (es. livelli bassi di scolarizzazione, alti tassi di disoccupazione, presenza di disabilità cognitiva nonché fisica, origini straniere), tanto da poter definire anche in questo caso una condizione di discriminazione multipla. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza sulle donne anziane come un'azione singola, o ripetuta, o una mancanza di un'azione appropriata, che avviene all'interno di qualsiasi relazione in cui si sviluppa un'aspettativa di fiducia e che causa danno o dolore alla persona anziana.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di ottobre 2025*

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

Roma, novembre 2025