



RAPPORTI ISTISAN 25|21

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

Epigenetics for WomEn: ampliamento della rete multidisciplinare verso la realizzazione della prevenzione di precisione

a cura di
L. Falzano, A. Piloizzi



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

***Epigenetics for WomEn*: ampliamento
della rete multidisciplinare verso la realizzazione
della prevenzione di precisione**

a cura di
Loredana Falzano (a), Antonella Piloizzi (b)

(a) *Centro Nazionale Salute Globale*
(b) *Dipartimento Ambiente e Salute*

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

Rapporti ISTISAN
25/21

Istituto Superiore di Sanità

Epigenetics for WomEn: ampliamento della rete multidisciplinare verso la realizzazione della prevenzione di precisione.

A cura di Loredana Falzano, Antonella Pilozzi

2025, iv, 48 p. Rapporti ISTISAN 25/21

La violenza contro le donne è una questione globale, pervasiva, che si estende oltre i confini culturali, e che influenza, anche a lungo termine, pesantemente la salute di chi la subisce. Il gruppo di lavoro *Epigenetics for WomEn* si prefigge di identificare le basi biologiche degli effetti della violenza e studi recenti hanno evidenziato il legame tra violenza, disturbi psichiatrici ed epigenetica. Il progetto multidisciplinare integra i flussi di dati con la ricerca epigenetica al fine di identificare strategie innovative e/o d'interconnessione per garantire un'assistenza nel lungo periodo e la realizzazione di protocolli innovativi di prevenzione e di precisione. Una migliore comprensione delle reali conseguenze della violenza, la realizzazione del questionario elettronico, la presa in carico dei minori e il recupero dei maltrattanti, rappresentano strategie integrate di sanità pubblica, che riveste un ruolo centrale per la soluzione di questa emergenza cronica.

Parole chiave: Violenza contro le donne; Epigenetica; Questionario elettronico; Prevenzione

Istituto Superiore di Sanità

Epigenetics for WomEn: expansion of the multidisciplinary network towards realization of precise prevention.

Edited by Loredana Falzano, Antonella Pilozzi

2025, iv, 48 p. Rapporti ISTISAN 25/21 (in Italian)

Violence against women is a global, pervasive issue that extends beyond cultural boundaries and heavily impacts, even in the long term, the health of those who suffer from it. The *Epigenetics for WomEn* study group aims to identify the biological foundations of the effects of violence, and recent studies have highlighted the link between violence, psychiatric disorders, and epigenetics. The multidisciplinary project integrates data flows with epigenetic research to identify innovative strategies and/or interconnections to ensure long-term care and the development of innovative prevention and precision protocols. A better understanding of the real consequences of violence, the development of the electronic questionnaire, the care of minors, and the rehabilitation of perpetrators represent integrated public health strategies, playing a central role in addressing this chronic emergency.

Key words: Violence against women; Epigenetics; Electronic questionnaire; Prevention

Si ringraziano Antonella Crenca e Elisabetta Volpi per il lavoro tecnico di supporto svolto per la redazione del documento.

Per informazioni su questo documento scrivere a: loredana.falzano@iss.it; antonella.pilozzi@iss.it

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

Citare questo documento come segue:

Falzano L, Pilozzi A (Ed.). *Epigenetics for WomEn: ampliamento della rete multidisciplinare verso la realizzazione della prevenzione di precisione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti ISTISAN 25/21).

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.



INDICE

Premessa

Emanuele Careda, Liliana La Sala iii

Introduzione

Simona Gaudi 1

Epigenetics for WomEn nel percorso “aiuto donna” della ASL Roma 2

Sabrina Pizzulo, Adele Bentrovato, Safaa Girgis Grace Beshara, Maria D'Alessandro, Silvia Denni, Danilo Esposito, Adriana Giorgi, Simona Marocchini, Gabriella Milanesi, Natascia Tarantino, Cinzia Tellarini, Giovanna Savarese, Patrizia Magliocchetti 3

Importanza della rete e del capitale sociale nel progetto Epigenetics for WomEn

Giuseppina Cersosimo 10

Epigenetics for women: questionario informatizzato per lo studio prospettico

Anna Carannante, Marco Giustini 17

Trauma degli orfani speciali tra violenza assistita e lutto traumatico: interventi integrati della rete socio-sanitaria pugliese

Maria Grazia Foschino Barbaro 22

Abuso nelle persone anziane e disabili: riconoscimento e prospettive nell'Azienda sociosanitaria Friuli occidentale

Lisa Zanchetta, Fabiana Nascimben 29

‘Campo del trattamento’ per autori di violenza sessuale e relazionale: un modello criminologico di intervento tra carcere e territorio

Francesca Garbarino, Paolo Giulini 35

Comunicare la violenza come problema di sanità pubblica: la progettazione del sito per Epigenetics for WomEn

Antonella Pillozzi 44

PREMESSA

La violenza contro le donne, oltre che una violazione dei diritti umani, è un grave problema di sanità pubblica. Si può pensare, pertanto, con un approccio di sanità pubblica, ad azioni di prevenzione e di contrasto significative. La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (ratificata dall'Italia con la Legge 27 giugno 2013, n. 77), impegna gli Stati a realizzare misure che garantiscano una specifica formazione per le figure professionali che si occupano delle vittime e degli autori di atti di violenza di genere e domestica (art. 15). Infatti, la formazione delle operatrici e degli operatori è posta fortemente al centro di ogni strategia di prevenzione del fenomeno.

La violenza sulle donne e la violenza domestica, dunque, si possono prevenire con la formazione, ma anche con l'individuazione precoce delle situazioni a rischio di violenza, con percorsi efficaci di presa in carico, con l'integrazione delle reti di assistenza attive nei territori del Servizio sanitario nazionale.

Il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e con i Referenti regionali e delle Province Autonome sulla materia, si è sempre impegnato nelle azioni di prevenzione e contrasto ad ogni forma di violenza contro le donne. Tra queste azioni è significativo il percorso che ha condotto all'emanazione 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" (DPCM 24 novembre 2017, pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n.24 del 30 gennaio 2018).

In questo solco di azioni e di altre progettualità finanziate dal Ministero della Salute, si inserisce l'Azione Centrale CCM "Violenza sulle donne: effetti a lungo termine sulla salute per una prevenzione di precisione", coordinato dalla dott.ssa Simona Gaudi dell'ISS e che prosegue, all'interno dell'accordo esistente tra il Ministero della Salute – Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e l'ISS, il Progetto EpiWE (*Epigenetics for WomEn*).

L'Azione Centrale CCM ha l'obiettivo di definire nuove strategie e modelli per la presa in carico di donne che hanno subito violenza e creazione di un modello territoriale che garantisca la presa in carico delle donne e dei minori nel lungo periodo, basata sulla medicina di precisione.

La violenza domestica, in particolare, porta a gravi conseguenze di salute a breve, medio e lungo termine. Intesa come fattore ambientale negativo, essa interagisce con il nostro genoma, soprattutto attraverso le modificazioni epigenetiche. Tali cambiamenti epigenetici, sollecitati dallo stress cronico, insieme ad alterazioni del sistema nervoso, ormonale, endocrino ed immunitario, possono favorire lo sviluppo di patologie croniche e non trasmissibili quali i tumori, le malattie cardiovascolari e quelle autoimmuni.

Insieme all'ambito di ricerca, l'Azione Centrale sta rafforzando la sinergia della rete nella presa in carico a lungo termine delle donne che hanno subito violenza. Con un approccio multidisciplinare il progetto vuole intercettare la violenza combinando innovazione tecnologica, ricerca scientifica e intervento clinico, soprattutto attraverso l'integrazione di uno strumento di raccolta e analisi di un set completo di dati, costruito nell'ambito dell'Azione centrale, con la raccolta dei campioni biologici. Tale approccio può offrire un contributo significativo per il benessere e la sicurezza delle vittime, promuovendo una presa in carico integrata e una prevenzione di precisione.

Oltre a questo aspetto, il Progetto accoglie altri approcci al fenomeno della violenza, come si potrà leggere nei contributi che compongono questo volume. Tra questi, la presentazione di nuovi

elementi per il trattamento degli autori di violenza, i maltrattanti. Rispetto a questo aspetto, proprio la Convenzione di Istanbul prevede che gli Stati aderenti sostengano programmi di trattamento dei soggetti responsabili di atti di violenza nelle relazioni affettive e di reati sessuali, al fine di favorirne il recupero e di limitare i casi di recidiva.

Un altro elemento che aiuta a completare questo circuito di fuoriuscita e di contrasto della violenza è la difesa delle vittime meno tutelate, cioè dei bambini e delle bambine che hanno assistito alla violenza. L'Azione centrale contempla anche l'approccio a questo genere di violenza assistita.

Se si considera che il fenomeno della violenza viene registrato per donne tra i 16 e i 70 anni (dati ISTAT), un ruolo molto importante rivestono le azioni volte a tutelare le donne anziane sopravvissute a violenza, che spesso sono le più sole. Per esse si presenta un approccio di cure primarie integrato e innovativo, nell'esperienza pilota molto promettente presentata in questo volume. Tramite la formazione e la motivazione di operatrici del territorio (infermiere di continuità assistenziale), infatti, si rende possibile una continuità della presa in carico delle donne anziane sopravvissute alla violenza, con possibilità di intervento mirato e coordinato con i servizi territoriali.

La violenza è riconosciuta come un serio problema di salute pubblica in quanto ha impatti diretti sulla salute fisica, psicologica ed emotiva delle vittime. Spesso essa colpisce non solo la donna, ma anche la società nel suo complesso, per questo il progetto sviluppa anche le direttrici sociali della violenza e analizza il fenomeno della chiusura e dell'isolamento, evidenziando quanto le reti sociali abbiano un ruolo preventivo, offrendo a ciascuna donna un senso coerente e stabile di identità, ma anche siano fonte di equilibrio e di salute, nel percorso di fuoriuscita dal circuito della violenza.

In conclusione, l'approccio multidisciplinare previsto dall'Azione Centrale può portare, *in primis*, ad una maggiore cooperazione tra il Pronto Soccorso, i Consultori, i Centri Anti Violenza e la ricerca scientifica epigenetica. Inoltre, grazie alla predisposizione di strumenti tecnologici avanzati per la raccolta e l'analisi dei dati, alla costruzione di reti funzionali di presa in carico, si potranno fare dei passi avanti concreti verso una società che sia maggiormente preparata ad affrontare il fenomeno della violenza, consapevole del ruolo positivo e trasformativo che la cultura del rispetto gioca per ciascuno e ciascuna di noi.

Emanuele Caredda, Liliana La Sala
ex Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 9
Ministero della Salute

INTRODUZIONE

Simona Gaudi

Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La violenza contro le donne è un fenomeno complesso e devastante, con stime che indicano che almeno una donna su tre in tutto il mondo ne sia vittima. Questo dato iniziale ci chiarisce quanto la violenza sia un problema strutturale, radicato profondamente nella cultura e nella struttura sociale, e non un fenomeno passeggero o marginale.

La complessità del problema ci impone di adottare strategie di studio e analisi integrate ed efficaci per coglierne le molteplici sfaccettature. L'integrazione della ricerca molecolare con rigorosi metodi di analisi statistica e gli interventi sociali, educativi, clinici e assistenziali sul territorio rispondono a questa esigenza. È infatti in un approccio transdisciplinare che possiamo trovare la risposta adeguata a una questione così complessa, che coinvolge vari ambiti della società e della salute.

Diventa urgente sviluppare nuove strategie per arginare, individuare, intervenire e prevenire questo fenomeno che danneggia gravemente la salute e la qualità della vita delle donne, in particolare quelle sopravvissute alla violenza. Una visione innovativa e intersettoriale è fondamentale per limitare le conseguenze fisiche e psicologiche nel breve e nel lungo periodo. Ed è proprio in questa ottica che nasce il gruppo di lavoro EpiWE (*Epigenetics for Women*), che si propone come un punto di riferimento per un approccio innovativo nella prevenzione e nell'assistenza alle donne vittime di violenza.

Il convegno "Epigenomica della violenza sulle donne, studio multicentrico" che si è svolto il 25 ottobre 2024 presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha segnato il momento culminante di un lavoro multidisciplinare che mira a proporre nuove strategie, e percorsi di interconnessione tra ricerca, sanità e interventi sociali, per garantire alle donne sopravvissute alla violenza un'assistenza continuativa nel tempo. L'obiettivo è contrastare l'insorgenza di patologie croniche e non trasmissibili derivanti dal trauma subito, attraverso l'identificazione precoce e l'intervento mirato.

Per realizzare questo obiettivo è essenziale acquisire dati comparabili, regolarmente aggiornati e interconnessi. La "Banca dati sulla violenza di genere", istituita nel 2019 grazie alla collaborazione tra ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) e Ministero della Salute, offre strumenti fondamentali per monitorare e analizzare questa "pandemia silente" e i suoi effetti sulla salute delle donne. L'idea di poter seguire una donna attraverso diverse basi dati grazie a una chiave di *linkage* individuale, nel pieno rispetto della privacy, rappresenta un passo importante per identificare correlazioni tra violenza e patologie emergenti.

Studiare la correlazione tra la violenza e l'insorgenza precoce di malattie non trasmissibili è un passo cruciale. Per questo è necessario ricostruire il percorso sociosanitario individuale della donna, raccogliendo e incrociando i dati per una valutazione complessiva degli impatti reali della violenza.

Un altro aspetto fondamentale riguarda il legame tra violenza e modificazioni epigenetiche. La violenza, come fattore socio-ambientale negativo, può influenzare la funzionalità del nostro genoma, creando cicatrici molecolari che potrebbero rivelare target terapeutici per contrastare disturbi da stress post-traumatico e patologie correlate. Identificare i marcatori epigenetici, attraverso un approccio innovativo che unisce la ricerca molecolare e la salute mentale, è una chiave fondamentale per comprendere gli effetti della violenza sulla salute psico-fisica delle donne.

I risultati dello studio pilota multidisciplinare EpiWE hanno evidenziato l'importanza di monitorare l'espressione di geni legati alla plasticità cerebrale nelle donne sopravvissute alla violenza. Il gruppo di lavoro EpiWE si propone, quindi, di raccogliere il maggior numero di campioni e di studiarne nel tempo le modificazioni del profilo epigenomico delle donne vittime di violenza, in modo da identificare precocemente biomarcatori che potrebbero essere associati all'insorgenza precoce di patologie non trasmissibili, croniche e invalidanti. Questo approccio potrebbe aprire la strada a strategie di prevenzione mirate, che intervengano tempestivamente per contrastare gli effetti a lungo termine del trauma.

La necessità di affrontare in modo efficace la violenza contro le donne è ancora più urgente se pensiamo agli impegni presi a livello globale, come quelli sanciti dall'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, che prevede di raggiungere l'obiettivo dell'uguaglianza di genere e dell'emancipazione di tutte le donne e ragazze. La parità di genere è, infatti, uno degli obiettivi fondamentali, così come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che pone la parità di genere come una delle tre priorità trasversali da perseguire in tutte le sue missioni.

La sanità pubblica gioca un ruolo cruciale nell'identificazione dei fattori di rischio e di protezione, e l'ISS è consapevole dell'importanza di rafforzare la ricerca su questi temi. I ricercatori e le ricercatrici dell'ISS sono già impegnati a supportare, dal punto di vista tecnico-scientifico, le azioni necessarie per garantire a tutte le donne una vita libera dalla violenza, senza le devastanti conseguenze per la loro salute.

In questo contesto, l'ampliamento del gruppo di lavoro EpiWE diventa un pilastro fondamentale per affrontare questa emergenza sociale e sanitaria con un approccio innovativo, integrato e mirato.

EPIGENETICS FOR WOMEN NEL PERCORSO “AIUTO DONNA” DELLA ASL ROMA 2

Sabrina Pizzulo (a), Adele Bentrovato (a), Safaa Girgis Grace Beshara (a), Maria D’Alessandro (a), Silvia Denni (a), Danilo Esposito (b), Adriana Giorgi (a), Simona Marocchini (a), Gabriella Milanese (a), Natascia Tarantino (c), Cinzia Tellarini (a), Giovanna Savarese (a), Patrizia Magliocchetti (a).

(a) *Unità Operativa Complessa Tutela Salute Donna Età Evolutiva, ASL Roma 2, Roma*

(b) *Unità Operativa Complessa Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso, Ospedale Sandro Pertini, ASL Roma 2, Roma*

(c) *Unità Operativa Complessa Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso, Ospedale Sant’Eugenio, ASL Roma 2, Roma*

Introduzione

La Convenzione di Istanbul (Europa, 2011) definisce la violenza contro le donne come una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione. Essa include tutte le forme di violenza basate sul genere che colpiscono in modo sproporzionato le donne. La Convenzione impone agli Stati firmatari di adottare misure legislative e amministrative per conformarsi alle sue disposizioni. Gli Stati devono assicurare che i reati di violenza contro le donne siano perseguiti in modo efficace, garantendo alle vittime il diritto all’accesso alla giustizia e a misure di protezione adeguate. Tuttavia, nonostante molti progressi, restano sfide significative, tra cui la necessità di garantire risorse finanziarie per l’attuazione delle azioni a contrasto, sia dal punto di vista politico che sociale che sanitario.

È noto come nel corso della vita, una donna su tre subisce una qualche forma di violenza e nel 70% dei casi la violenza è agita da un partner o ex partner.

Un presidio sanitario è spesso il primo approdo, con un numero annuale di accessi che appare sottostimato, anche perché non considera le richieste non esplicitamente riferite ad un episodio di violenza o che operatori non sufficientemente formati riescono a riconoscere.

L’Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 2 è una delle aziende più grandi di Europa, la cui estensione comprende 6 dei 15 Municipi di Roma Capitale, dal IV al IX, ha una popolazione di circa 1.200.000 abitanti e un territorio complesso sia in termini di caratteristiche sociali che epidemiologiche che strutturali. In seguito all’attuazione del DPCM del 24 novembre 2017, la ASL Roma 2, attivando il Percorso Aiuto Donna, ha iniziato la sua esperienza sul tema delle azioni a contrasto della violenza di genere (Italia, 2017).

Le donne residenti in ASL Roma 2 che, nel periodo compreso tra il 2019 e il primo semestre del 2024, hanno effettuato un accesso in Pronto Soccorso per una condizione relativa ad un atto di violenza dichiarata o presunta, sono 720, con la distribuzione riportata in Tabella 1.

La Figura 1 invece mostra la distribuzione degli accessi nel Pronto Soccorso secondo il Distretto Sanitario di residenza

Il Percorso “Aiuto Donna”, con la sua delibera attuativa e successiva integrazione, ha definito le procedure di presa in carico con tre momenti chiave, *Case Manager*, Punto Unico di Ricezione e Centro Unico di Riferimento, introdotti al fine di ottimizzare il percorso assistenziale e garantire l’affidamento alla rete territoriale. Attualmente il tavolo tecnico aziendale si sta occupando dell’aggiornamento e seconda revisione della delibera attuativa.

Tabella 1. Accessi in Pronto Soccorso per Ospedali della ASL Roma 2 nel periodo 2019-2024

Ospedale	Accessi	%
Ospedale Sant'Eugenio	237	32,9
Policlinico Casilino	209	29,0
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini	96	13,3
Ospedale Sandro Pertini	31	4,3
Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata	22	3,1
Policlinico Umberto I Ostetrico	22	3,1
Ospedale Generale M. G. Vannini Figlie di San Camillo	19	2,6
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea	10	1,4
Altre Strutture	74	10,3
Totale	720	100

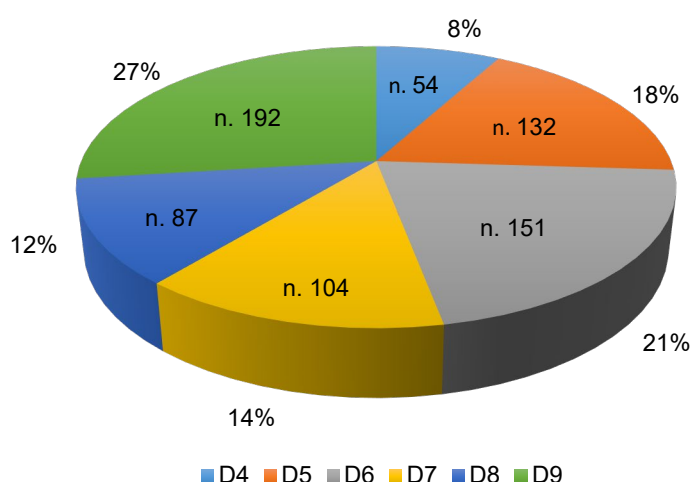


Figura 1. Distribuzione accessi in Pronto Soccorso per Distretto
 (D4-D9 sono i distretti sanitari della ASL Roma 2 e corrispondono ai Municipi di Roma Capitale)

Il grande lavoro fatto ha permesso di creare, modificare e adattare procedure e protocolli operativi che costruissero un ponte tra il segnalante, la vittima e i servizi di accoglienza e di presa in carico. Alla donna viene offerto un percorso protetto di accompagnamento verso la fuoriuscita dalla violenza, fornendo aiuto e sostegno di tipo sanitario, psicologico, sociale, legale. La personalizzazione dell'assistenza è stata la chiave per creare un rapporto di fiducia e collaborazione tra i servizi e la donna stessa.

Nel periodo compreso tra il 2020 e il 2024, sono state rilevate 505 segnalazioni, pervenute al Centro Unico di Ricezione da parte degli operatori della Rete, in particolare dai Pronto Soccorso e dai Servizi; ma anche dai Municipi e dai Centri Antiviolenza. 305 sono state le donne effettivamente prese in carico, per le quali è stato costruito un percorso individualizzato. Il 20% sono violenze di tipo sessuale; l'80% sono violenze domestiche, perlopiù ad opera del partner convivente o ex partner; in più del 30% sono presenti minori

Il progetto *Epigenetics for Women* (EpiWE), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in particolare dal Dipartimento Salute e Ambiente, è uno studio interdisciplinare e multicentrico, messo a punto per l'identificazione delle possibili influenze indotte dall'ambiente sul genoma, che, pur senza modificare le sequenze, ne modellano l'attività trascrizionale. Tale rimodellamento

potrebbe essere trasmesso sia alle cellule figlie nel corso della vita, sia dai genitori alla prole, come osservato in studi condotti su campione animale (Dias & Ressler, 2014; Franklin *et al.*, 2010).

I meccanismi epigenetici che possono modificare l'espressione dei geni potrebbero però essere reversibili, qualora le avversità ambientali venissero rimosse. Ottenere quindi un profilo di rischio personale, consentirebbe di mettere a punto una strategia di interventi di prevenzione e cura di precisione, nei confronti di patologie croniche la cui insorgenza è definitivamente correlata ad una condizione di stress cronico, provocato dai traumi subiti.

Razionale scientifico del progetto

EpiWE mira a delineare il profilo epigenetico del DNA estratto da campioni biologici della persona che ha subito violenza, comparandolo a quella di soggetti non sottoposti a violenza. L'ipotesi è quella di cercare un collegamento tra la violenza e la comparsa di disturbi stress correlati, attraverso la ricerca di una traccia epigenetica nelle vittime (Zannas *et al.*, 2015).

Già nella fase pilota del 2015, lo studio condotto su 62 donne esposte a violenza e un gruppo di 50 campioni controlli, ottenuti da donne il cui accesso nel medesimo Pronto Soccorso non era riferibile ad episodi di violenza, evidenziava la presenza, nelle donne vittime di violenza, di cambiamenti nella metilazione del DNA (Piccinini *et al.*, 2023; Gray *et al.*, 2013; Lawford *et al.*, 2006; Tabano *et al.*, 2010).

In particolare, è stata evidenziata un'ipermetilazione nei seguenti geni:

- il gene BDNF che codifica per il fattore neurotrofico cerebrale *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF), che svolge un ruolo chiave nella plasticità sinaptica;
- il gene DRD2 che codifica per il recettore *Dopamine Receptor D2* (DRD2), che insieme al recettore D1 regola la funzione delle sinapsi dopaminergiche;
- il gene IGF 2 che codifica per il fattore *Insulin-Like Growth Factor* (IGF2), che fa parte della famiglia dei fattori di crescita.

Questi geni sono stati riconosciuti avere un ruolo di mediatori nella neuroplasticità, ossia la capacità dei circuiti cerebrali di adattarsi agli stimoli ambientali, nella regolazione della risposta allo stress e in ogni fase della memoria della paura. L'alterazione nell'espressione di questi geni, sia in senso "iper" che in senso "ipo", potrebbe rappresentare la risposta al trauma e innescare così un percorso verso lo sviluppo di patologie croniche stress-correlate, ivi compresa l'insorgenza di neoplasie, visto il coinvolgimento dei fattori di controllo della crescita cellulare.

L'individuazione dell'alterazione, che in molti casi sembrerebbe essere reversibile, potrebbe favorire interventi precoci che limiterebbero l'istaurarsi di un danno biologico cronico e irreversibile.

Razionale del contesto operativo in cui è stato applicato il progetto

Il percorso assistenziale "Aiuto Donna" della ASL Roma 2 prevede sia l'accesso della vittima in condizioni di emergenza che in assenza di emergenza.

Le donne che subiscono violenza di solito vengono in contatto con un setting sanitario in Pronto Soccorso in una condizione di emergenza (traumi, ustioni, avvelenamento, violenza

sessuale) oppure non in emergenza, chiedendo un consulto medico o psicologico per disturbi che, esplicitamente o implicitamente, possono essere ricondotti ad una condizione di stress cronico.

Di seguito vengono elencati alcuni quadri sintomatologici clinici più frequentemente associati e osservati:

- Cluster sintomatologici propri del *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) come la ri-esperienza, l’evitamento, le alterazioni negative e l’ipereccitabilità;
- Disturbi del comportamento alimentare;
- Disturbi uro-ginecologici (infezioni ripetute, dolore pelvico cronico, dipareunia, cistiti ricorrenti);
- Disfunzioni sessuali;
- Patologia gastrointestinale (ulcera, colite ulcerosa, morbo di Crohn);
- Abuso di farmaci.

Nel percorso in emergenza è il *Case Manager* ad accogliere la vittima di violenza. Il *Case Manager* è un operatrice operatore che fa parte dell’emergenza/urgenza del Pronto Soccorso generale e/o della ginecologia, che ha ricevuto una specifica formazione e che accompagnerà la donna ed eventualmente i suoi figli in tutta la durata del percorso, coordinando tutte le azioni che si rendessero necessarie, compresa la ricerca di una sistemazione sicura per la vittima e gli eventuali figli, attivando la rete Anti Violenza. Cura il passaggio alla rete territoriale per la presa in carico nel caso non sussistano pericoli imminenti per la sicurezza della donna e del suo nucleo familiare.

Le segnalazioni degli accessi in assenza di emergenza pervengono invece da tutti i nodi della rete: Consultori familiari, Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Centri Anti Violenza (CAV), Forze dell’Ordine, Istituzioni scolastiche e tutti i servizi che, per la loro funzione, possano venire in contatto con vittime di maltrattamenti e abusi.

Nell’obiettivo di semplificare al massimo la possibilità di contatto con la Rete Antiviolenza nella sua interezza, e al fine di facilitare l’interrelazione tra i servizi che la compongono, è stato istituito un numero verde, il Punto Unico di Ricezione di Aiuto Donna, attivo dalle 8 alle 20 dal lunedì al venerdì nei giorni feriali, attestato su telefono mobile che viene assegnato a rotazione a personale formato ed esperto del Servizio Sociale, personale infermieristico ed ostetrico. Il Numero Verde riceve segnalazioni dai nodi della rete, per tutte le situazioni in cui non sussiste una condizione di emergenza, o quando essa sia già stata risolta (Ospedali, Municipi, Distretti, PLS e MMG, ambulatori, ecc.).

Tutte le segnalazioni vengono trasmesse al Centro Unico di Riferimento (CUR) di Aiuto Donna, collocato in un consultorio familiare, scelto per le sue caratteristiche logistiche e strutturali, che ha la funzione di prendere in carico situazioni che necessitano di valutazione, pianificazione e condivisione di scelte. Presso il CUR agisce una equipe multidisciplinare (servizio sociale, psicologhe, giuriste, medici ginecologi e pediatri, ostetriche, infermiere) per definire un progetto personalizzato, condiviso in tutti i suoi aspetti con la donna anche per quanto attiene ai figli minori, vittime di violenza diretta o assistita.

Materiali e metodi del progetto

Il target dello studio sono donne da 18 a 65 anni vittime di maltrattamenti, abusi o violenza sessuale che si recano in un setting sanitario (Pronto Soccorso o Ambulatori Territoriali). Lo studio avrà una durata di 24 mesi. I materiali utilizzati per lo studio sono:

- 7 mL di sangue prelevato e conservato in provette *PAX-gene Blood DNA tubes*;
- questionario a 50 *item*.

Il questionario a 50 item, adattato dal modello *European Injury Data Base* (<https://www.healthinformationportal.eu/research-network/european-injury-data-base>), è composto da 9 sezioni:

- 1) Codici identificativi struttura e paziente;
- 2) Dati socio-anagrafici;
- 3) Descrizione della violenza;
- 4) Valutazione del rischio di recidiva attraverso la *Brief Risk Assessment for ED-DA5*
- 5) Informazioni su eventuali malattie e condizioni croniche;
- 6) Informazioni su eventuale assunzione di droghe;
- 7) Informazioni su terapie e consulenze
- 8) Valutazione del PTSD, utilizzando la versione italiana dell'*ITQ International Trauma* (ITQ);
- 9) Valutazione della depressione.

Dopo aver fornito accoglienza e valutazione/trattamento di eventuali lesioni traumatiche prioritarie, si procede alla sottoscrizione sia dei consensi alle usuali procedure (visite, prelievi di campioni biologici per fini clinici e medico-legali), sia al prelievo ematico necessario per la ricerca genetica. La descrizione puntuale dei fini e metodologia della ricerca, viene effettuata al momento di primo accesso soltanto se le condizioni psico-fisiche della vittima lo consentono. In caso contrario ci si può limitare ad una descrizione accurata, ma meno dettagliata, riservando la completa esplicazione nell'incontro successivo.

Segue l'esecuzione di tutte le procedure normalmente in uso, raccolta anamnestica, visita medica e prelievi per accertamenti clinici, tossicologici e biologici a fini clinici e medico-legali.

Si procede quindi al prelievo di un campione di sangue e si invita la donna a tornare a distanza di 7 giorni, per un controllo sullo stato di salute, per la valutazione degli eventuali esami clinico-strumentali e tossicologici eseguiti e controllo della terapia ove proposta. Viene proposta in tutti i casi, la presa in carico territoriale per il sostegno al percorso di fuoriuscita dalla violenza.

Nel caso di un accesso non in emergenza, in cui la donna si sia recata presso un presidio territoriale, verrà invitata presso la centrale territoriale, attraverso il numero verde "Aiuto donna".

In entrambi i casi verrà descritto il progetto, l'importanza della partecipazione, vantaggi e svantaggi, con apposito modulo scritto, la scheda informativa. Ottenuto il consenso informato alla partecipazione allo studio e al prelievo e uso del campione biologico qualora già prelevato al momento del primo accesso in Pronto Soccorso, si somministra un questionario a 50 item, che esplora sia lo stato di salute che quesiti specifici per lo screening del PTSD.

Il progetto prevede cinque momenti di rilevazione calendarizzati come di seguito:

- T0 primo soccorso;
- T1 a 1 settimana;
- T2 a 6 mesi;
- T3 a 12 mesi;
- T4 a 18 mesi.

In ognuno di questi incontri verrà somministrato il questionario, con esclusione del T0 ove le condizioni psico-fisiche della donna non lo consentano, e verrà eseguito un prelievo ematico. Ad ogni donna verrà assegnato un codice identificativo, che accompagnerà il prelievo e il questionario a garanzia della privacy e dell'anonimato.

Ai fini della comparazione dei campioni di soggetti affetti da PTSD con soggetti non affetti, verranno inclusi nello studio n. 100 donne nella fascia di età della popolazione target indicata (18-65 anni) che si recheranno presso il Pronto Soccorso dei due presidi ospedalieri o nei presidi territoriali, per motivi non riconducibili a violenza, abuso sessuale, maltrattamento. Alle stesse,

dopo descrizione dello scopo dello studio e acquisizione del consenso informato, verrà effettuato il prelievo del campione ematico e somministrato il questionario a 50 item. Nel caso in cui il test per l'individuazione del PTSD desse un esito positivo, il soggetto reclutato verrà escluso dalla partecipazione allo studio.

In caso di diniego o ripensamento alla partecipazione allo studio EpiWE in qualsiasi momento, i prelievi e tutto il materiale raccolto in precedenza, andranno distrutti.

In caso di mancata partecipazione a tutti i momenti di rilevazione previsti, i campioni e i questionari verranno comunque inseriti nello studio e indicati come incompleti.

La partecipazione allo studio non modificherà in alcun modo il supporto attuato nei confronti della donna, che, come di consueto, verrà sostenuta in tutte le necessità che comporta il percorso verso l'autonomizzazione.

I campioni di sangue, prelevati nel polo ospedaliero S. Eugenio, verranno conservati presso il laboratorio analisi, ad una temperatura di -20°C. I prelievi effettuati presso il polo ospedaliero Sandro Pertini e nella centrale territoriale, conservati a temperatura ambiente per un periodo massimo di 7 giorni, verranno poi trasferiti presso il laboratorio analisi dell'ospedale S. Eugenio.

I campioni biologici verranno conservati per un massimo di cinque anni e la responsabilità della tutela della paziente e della sua privacy sarà a cura dell'ente che ne ha curato l'accoglienza e la presa in carico.

Risultati

L'esame genetico dei campioni ottenuti verrà effettuato alla fine del periodo previsto per lo studio e cioè di 24 mesi. La elaborazione e valutazione clinica del questionario invece, verrà effettuata ogni 15-30 giorni da personale afferente al percorso. In particolare, un'operatrice inserirà in un database i riscontri delle risposte al questionario e una psicologa effettuerà la valutazione del PTSD scale. I risultati, anonimizzati, verranno centralizzati all'ente coordinatore (ISS) cui spetterà la successiva analisi e significatività scientifica di quanto pervenuto.

Conclusioni

L'inserimento del protocollo di studio all'interno del percorso socio-assistenziale è stato concepito in modo tale da poter essere integrato nella routine di accoglienza della vittima di violenza sessuale o maltrattamento domestico con il minimo disagio sia per la donna, sia per l'attuazione delle procedure necessarie all'assistenza.

Pur essendo consapevoli che le nuove tecnologie di sequenziamento di nuova generazione che consentono di analizzare la risposta cellulare ai fattori di stress, debbano ancora dimostrarne in modo chiaro i meccanismi e la modalità di trasmissione. Ma è innegabile quanto affermato da Moshe Szyf (genetista presso la McGill University) che la resilienza è il tratto dominante dell'umanità; in caso contrario non sopravvivremmo come razza.

Bibliografia

Dias BG, Ressler KJ. Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations. *Nature Neuroscience*. 2014;17(1):89-96.

Europa. *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica dell'11 maggio 2011 (Istanbul)*. Strasburgo: Consiglio d'Europa;

2011. Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa n. 210. Disponibile all'indirizzo: <https://rm.coe.int/16806b0686>; ultima consultazione 11/7/2025.
- Franklin TB, Russig H, Weiss IC, Gräff J, Linder N, Michalon A, Mansuy IM. Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations. *Biological Psychiatry*. 2010;68(5):408-415.
- Gray JD, Milner TA, MCEwen Bs. Dynamic plasticity: the role of glucocorticoids, brain-derived neurotrophic factor and other trophic factors. *Neurosci*. 2013; 239:14-27.
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24/11/2017 Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza. *Gazzetta Ufficiale, Serie generale* n. 24, 30 gennaio 2018.
- Lawford BR, Young R, Noble EP, *et al*. The D2 dopamine receptor (DRD2) gene is associated with comorbid depression, anxiety and social dysfunction in untreated veterans with post-traumatic stress disorder. *Eur Psychiatry*. 2006; 21(3): 180-5.
- Piccinini A, Bailo P, Barbara G, Miozzo M, Tabano S, Colapietro P, Farè C, Sirchia SM, Battaglioli E, Bertuccio P, Bertuccio P, Manenti G, Micci L, la Vecchia C, Kustermann A, Gaudi S. Violence against women and stress-related disorders: seeking for associated epigenetic signatures, a pilot study. *Healthcare*. 2023;11:173.
- Tabano S, Colapietro P, Cetin I, *et al*. Epigenetic modulation of the IGF2/H19 imprinted domain in human embryonic and extra-embryonic compartments and its possible role in fetal growth restriction. *Epigenetics*. 2010;5(4):313-24.
- Zannas AS, Provençal N, Binder EB. Epigenetics of posttraumatic stress disorder: current evidence, challenges, and future directions. *Biological Psychiatry*. 2015;78(5):327-335.

IMPORTANZA DELLA RETE E DEL CAPITALE SOCIALE NEL PROGETTO EPIGENETICS FOR WOMEN

Giuseppina Cersosimo

Dipartimento di Studi Politici e Sociali, Università degli Studi, Salerno

Premessa

La violenza contro le donne ha un impatto negativo sul loro stato di benessere e di salute per molti anni anche dopo aver subito uno o più episodi di violenza economica, psicologica, o fisica e sessuale.

Un numero crescente di studi indica una stretta correlazione tra stili di vita quotidiana violenta e l'insorgere di patologie a lungo termine. La violenza costituisce perciò un determinante sociale di salute non più trascurabile e l'indissolubile relazione tra corpo sociale e corpo biologico (Cersosimo, 2023) può essere tracciata con marcatori epigenetici (Gaudi & Falzano, 2023).

Spesso le strutture pubbliche e private accolgono le donne 'volate' e le accompagnano lungo percorsi protetti, occupandosi di garantire un primo medicamento, una prestazione sanitaria, un tetto, un pasto per loro e per i loro figli. Tuttavia, seguire le donne dal momento della denuncia al tempo successivo, è processo necessario e contraddittorio, apparentemente quasi eccessivo eppure reso necessario dal già verificato inevitabile e conseguente deterioramento a lungo termine della salute delle donne che hanno subito forme di violenza (Lawn & Koenen, 2021), come confermato anche da dati recenti che evidenziano addirittura non solo uno stato di prostrazione ma anche, in molti casi, l'insorgere di malattie oncologiche, infettive, ginecologiche (Mascarini *et al.*, 2023), come anche la cronicizzazione, nel corso di vita, di altre patologie, dalle gastriche a quelle infiammatorie.

Da questa premessa sono state mappate, sul territorio nazionale le strutture pubbliche e quelle private impegnate in azioni di aiuto sociosanitario a sostegno alle donne che hanno subito violenza. In seguito, grazie alla collaborazione delle medesime, si è proceduto ad un campionamento di donne vittime di violenza per una prima *web survey*, con una successiva autorizzazione ad interviste in profondità all'interno dello stesso campione.

L'indagine ha assunto così il carattere di una ricerca "azione" con un duplice scopo: censire e informare le donne che hanno subito violenza della esistenza di azioni possibili per la loro assistenza sanitaria; far conoscere loro e renderle partecipi del fatto che l'Azione Centrale "Violenza sulle donne: effetti a lungo termine sulla salute per una prevenzione di precisione" può garantire studi in follow-up per la rilevazione di come dinamiche apparentemente solo culturali e sociali modifichino alcuni aspetti genetici.

Far partecipare le donne alla ricerca contribuisce a renderle consapevoli della propria salute e benessere contribuendo a farle sentire maggiormente garantite nei percorsi assistenziali e anche maggiormente autonome e determinate ad uscire da situazioni di 'ombra', vergogna e solitudine, spingendole ad essere parte attiva di un processo di azione partecipata che garantisca loro e le generazioni future grazie alle funzioni delle reti e del capitale sociale.

Aspetti rilevanti per le vittime di violenza: mappa dei servizi, rete e capitale sociale

In questa fase della ricerca non riteniamo opportuno dare risultati finali, ma solo qualche indicazione generale di come si sta mappando il territorio, evidenziando allo stato attuale i limiti di una mappatura data dalla complessità di censire gli enti pubblici e privati coinvolti nel contrasto alla violenza contro le donne. Il processo di raccolta dati, e di conseguenza i dati finora raccolti sono una fotografia attuale, tuttavia con possibilità di variazioni a causa di continue e necessarie modifiche e aggiornamenti poiché il numero degli enti può variare, ma anche la loro operatività e la distribuzione delle sedi legali rispetto a quelle operative.

Inoltre, la presenza di reti di enti, che a loro volta collegano altre organizzazioni, aggiunge un ulteriore livello di articolazione alla mappatura. Pertanto, riteniamo inopportuno presentare ora questi dati. Tuttavia, l'identificazione degli attori coinvolti: utilizzando fonti secondarie e dati statistici per ottenere una mappa iniziale hanno rilevato diversi soggetti operativi dagli Ospedali Bollino Rosa, Centri Anti Violenza (CAV), associazioni di volontariato, terzo settore, Case Rifugio per le donne vittime di violenza.

Questa fase della ricerca ci ha consentito di prendere contatti con le strutture mappate, invitandole ad incoraggiare le donne a rispondere al questionario il cui obiettivo era spiegare e chiedere la loro partecipazione al processo di ricerca per implementare insieme azioni. Il software utilizzato per la raccolta dei dati è Google Moduli. Abbiamo e stiamo garantendo pienamente l'anonimato delle rispondenti. Abbiamo configurato il questionario in modo tale che fosse facile da usare in autosomministrazione, di durata di non più di 4 minuti, grazie all'inserimento di domande filtro; intuitivo; scritto con un linguaggio appropriato e accessibile; responsive, ossia adattabile a qualsiasi dispositivo utilizzato; trasparente rispetto agli enti coinvolti, chiarendo gli obiettivi del sondaggio; anonimo, non solo dichiarando espressamente questa garanzia, ma anche configurando il sistema (Google Moduli) in modo che non venga registrato né riconosciuto l'*account* con cui si accede.

Il questionario mira ad esplorare le seguenti dimensioni: i) Dati socio-anagrafici; ii) Contestualizzazione della violenza; iii) Stili di vita delle rispondenti; Relazione tra salute e violenza; iv) Impatto sociale della violenza. Dai primissimi risultati e dalle disponibilità di alcune rispondenti ad essere ricontattate abbiamo rilevato, e riportiamo di seguito la necessità dell'importanza per le donne di essere parte attiva nella ricerca, verificando l'importanza della rete e del capitale sociale per queste donne per l'uscita dalla violenza, dalla malattia e dal malessere proprio e dei propri figli.

Secondo le modalità di uscita delle donne dal percorso della vittimizzazione e sofferenza della violenza è centrale il numero di relazioni sociali nelle quali sono inserite. Varie scuole o approcci teorici sono alla base della ricerca sulle relazioni sociali e sul loro influsso sull'equilibrio o il suo recupero da parte delle donne. Le prime teorie hanno preso le mosse dalla riflessione di sociologi come Emile Durkheim il quale già nel 1895 affermava che il gruppo pensa, sente ed agisce in modo completamente differente rispetto a come i suoi membri penserebbero, sentirebbero e agirebbero se isolati (Durkheim, 2001), o di psicoanalisti come John Bowlby, che hanno formulato la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1978; Bowlby, 1983), legata al rapporto bambino-madre, ma che ha come funzione più generale garantire la vicinanza 'protezione' della figura di attaccamento.

Una serie di innovazioni concettuali è stata avanzata anche da antropologi e sociologi che hanno sviluppato le analisi delle reti sociali. Questo insieme di approcci teorici affronta e analizza i ruoli protettivi delle risorse sociali e del supporto sociale in forme che possono essere estese, sul

piano teorico, all'uscita da una vita violenta (Bott, 1957; Fischer, 1982; Laumann, 2002; Marsden, 1994).

Stringendo il campo sul rapporto donne e capitale sociale si deve considerare la riflessione dalla quale muovevano Gidengil e O'Neill che l'economia, la democrazia, e perfino la salute e felicità dipendono da quote adeguate di capitale sociale che si riferisce a rapporti tra gli individui - reti sociali e norme di reciprocità e di fiducia che derivano da loro (Gidengil & O'Neill, 2006). E Putnam precisa, ed è utile valutarlo rispetto al rapporto tra donne e capitale sociale, che esso può avere esternalizzazioni positive, molto al di là della loro utilità nel risolvere un problema immediato: i legami interpersonali sono utili per molti altri scopi (Putnam, 2003).

Il capitale sociale, legato alle relazioni degli individui, è dunque costituito da un gruppo di reti, formali e informali, utilizzate strategicamente per produrre o distribuire beni o servizi. Quel gruppo è legato a una serie di rapporti faccia a faccia tra amici e parenti e si struttura nei tipi di comunità dei quali è parte.

Una critica ancorata al genere evidenzia che rispetto allo sviluppo del capitale sociale, non solo non c'è stata neutralità di genere, ma anzi c'è stato un pregiudizio maschile per cui le donne hanno partecipato di meno ai processi relazionali, non potendo o non volendo farlo.

Pertanto, si tratta di tenere conto della presenza di una segregazione verticale (il numero totale delle associazioni e relazioni cui partecipano uomini e donne) e di una orizzontale (il tipo di associazioni e relazioni cui uomini e donne aderiscono) per cui, per esempio, ci sono associazioni a presenza quasi totalmente maschile (partiti politici, club sportivi, associazioni professionali, ecc.). Invece in altre organizzazioni volontarie vi è un predominio femminile, specie in quelle legate all'educazione alle arti, nelle organizzazioni religiose, in quelle che forniscono servizi per gli anziani o per i diversamente abili, asimmetria partecipativa che, come indicato, diminuisce nelle società post-industriali (Norris & Inglehart, 2023). Nel 1999 Hall evidenziava il coinvolgimento di uomini e donne nel lavoro volontario e nella rete di socialità informali che ne era espressione, e che provava, come mostrato anche da Onyx e Leonard (2000) la presenza in quel settore di attività specifiche di genere. Tutti questi elementi, che costituiscono legami specifici, nella comunità, nelle attività di genere (Russell, 1999), segnate da rapporti femminili di amicizia e dal suo costituire una risorsa nel percorso sociale femminile, influiscono inoltre sulla forma, sui caratteri e sulle difficoltà della cittadinanza femminile.

La dimensione contraddittoria è espressa in questo caso da un rapporto ambivalente verso la rete sociale, della quale c'è bisogno ma che non si vuole assolutamente vicina, oggettivamente "oppressiva", mentre il bisogno/desiderio contemporaneo ha la sua necessità, di fuoriuscirne perché spesso le relazioni divengono ipocrite e false con terzi fini, facendo sentire alle testimoni la necessità di rimanere sole tanto da cercare nuove relazioni. Ma allora se le donne hanno bisogno di una rete che le sostenga nel percorso di uscita dalla violenza, forse il loro legame non sarà con quanto la rete significa in termini di fiducia dell'altro, ma piuttosto con un bisogno di confidenza, ossia la possibilità di potersi sfogare con qualcuno.

Le donne intervistate hanno evidenziato come per loro avere fiducia non è semplicissimo, proprio perché la fiducia si connota con una serie di aspettative aventi valenza positiva per l'attore che le ha formulate in condizioni d'incertezza: non è possibile esigere la fiducia: la fiducia può unicamente essere offerta e accettata (Luhmann, 2002). Ora le donne oggetto della nostra analisi non riescono, nella loro dimensione problematica, a far fronte all'ansia derivante dall'incertezza:

“sì, sì, il bisogno di avere qualcuno, che possa capire e non dispensare buoni consigli e giudicarli, ma quando ci si conosce tutti, pure per dire la sua ognuno si sente autorizzato a parlare di cose di cui non deve parlare...io parlo molto con persone che non vivono nella mia città, mi capiscono non giudicano e non sanno tutto loro” (intervista Donna 3).

“... ho iniziato un percorso di uscita dalla violenza domestica in un-CAV nella mia città... poi ho capito che dovevo cambiare aria. Troppa gente mi commiserava, giudicava e non voglio dire nulla delle operatrici, brave persone ... tutte con la soluzione a portata di mano. Per non dire di come alcune mie vicende venivano palesate fuori dal contesto” (intervista Donna 19).

L'altro può non comprendere, anzi addirittura, ammonire. La questione della fiducia sta nella capacità dei soggetti di avere fiducia in sé stessi, capacità che però dipende anche dalle interazioni nelle quali tutti noi siamo, a livelli e gradi diversi, coinvolti quotidianamente. In altri termini quella fiducia deriverebbe dalla capacità del soggetto di mostrarsi nel contesto sociale di riferimento con i suoi caratteri personali. Pertanto, la fiducia resta immanente ad ogni forma d'interazione, rapporto con il modo di rappresentazione del proprio sé (Goffman, 1969). Perché la presentazione del proprio sé può avvenire solo in presenza degli altri, attraverso le interazioni presenti in situazioni sociali, cioè in ambiti in cui due o più individui sono fisicamente l'uno alla presenza della risposta dell'altro (Goffman, 1998). Pertanto, ciò è quanto dovrebbe avvenire attraverso la rappresentazione del proprio Io nelle interazioni faccia a faccia, collegamento tra la fiducia in sé stessi e quella interpersonale: quando non avviene si provano a instaurare nuove rappresentazioni del sé, fuori dalla cerchia contigua al proprio ambito di vita, cercandone una nella quale ci si possa rappresentare con meno angoscia.

Tra chi presenta un disagio e chi può riconoscersi depositario di una confidenza deve esserci una distanza dal contesto di riferimento. In altri termini le donne che hanno subito violenza debbono uscire dal proprio contesto originario di riferimento per portarsi verso nuove forme di relazioni, improntate alla conoscenza reciproca, garanti di maggiore riservatezza rispetto alle nostre intervistate. Le reti primarie e quelle secondarie informali possono essere comprese all'interno delle cosiddette reti informali, distinte dall'insieme dei servizi e degli interventi promossi dagli organismi istituzionali, i quali costituiscono il sistema formale (Folgheraiter, 2000). Le reti, pertanto, possono influenzare un mantenimento di equilibrio e benessere nelle donne attraverso molti modi, uno dei quali è l'influsso sociale. Marsden asserisce che la prossimità di due attori nelle reti sociali determina la presenza di un influsso tra loro (Marsden & Friedkin, 1994), che non deve necessariamente essere associato al contatto faccia a faccia, né richiede di per sé una modifica del comportamento. Marsden fa riferimento al lavoro di Erikson (1988), per il quale in situazioni di ambiguità le persone acquisiscono un orientamento comportamentale confrontando i propri atteggiamenti con quelli di un gruppo di riferimento con le stesse caratteristiche, con effetti complessivi di conferma o disconferma rispetto alla contiguità percepita (Marsden & Friedkin, 1994). Questo evidenzia che i rapporti all'interno della rete possono determinare un consolidamento dei valori sociali e, al contrario, una contrapposizione se alcuni comportamenti prendono le distanze tanto dalla definizione delle norme quanto dalle situazioni di ambiguità comportamentale.

Considerazioni di una ricerca *in progress*

L'importanza della partecipazione delle donne alla ripresa della loro vita fuori dalla violenza emerge dai nostri primi risultati. Questioni delicate come la violenza a volte minacciano gli interessi delle persone in posizioni di potere, il lato oscuro della sfera privata che entra in conflitto con l'immagine della casa come rifugio dalle manifestazioni della natura violenta della società (Bergen, 1993). I metodi di ricerca impiegati presuppongono che il riconoscimento sociale e il cambiamento avvantaggeranno le voci delle donne che hanno subito violenza e le loro potenti storie personali (Plummer, 1995), sottolineando l'importanza di collocare le loro narrazioni ed

esperienze all'interno di un contesto sociale più ampio (Harding, 2007). Riconoscendo il problema personale come di natura sociale, lo studio di questioni delicate rende l'ambiente di ricerca uno spazio per la solidarietà da costruire per le donne. Il trauma, la vergogna e le cicatrici che la violenza interpersonale infligge tra le vittime di violenza vengono affrontati come pesi persistenti sulle loro vite. In molti casi si è scoperto che la vergogna gioca un ruolo nel tenere nascosti gli abusi e impedire loro di cercare aiuto (Thaggard & Montayre, 2019). In questo modo noi ricercatori possiamo mantenere focus di ricerca pubblici e privati concomitanti mentre esaminano i modi in cui esperienze traumatiche e dolorosi segreti accompagnano le donne nella loro vita relazionale sociale, lavorativa. Questa caratteristica convalida anche la nozione di Hill Collins (1998) del "passato nel presente". In effetti, il peso del passato può creare una vulnerabilità che deve essere presa in considerazione in rapporto a quando intraprendere una strada per uscire dalla violenza percepita come una via di fuga o un'esperienza di supporto. Spesso, tale vulnerabilità influirebbe negativamente sulla capacità di mantenere qualsiasi rapporto sociale istituito prima dell'inizio della violenza subita.

Dalle nostre interviste emerge che dal punto di vista del capitale sociale, infatti, le fratture o le crisi interne all'organizzazione o alle relazioni sociali possono essere altamente distruttive, perché base della coesione sociale deve essere la continuità di persone, il continuum di persone che hanno creato le reti sociali sono il capitale sociale insostituibile. Ogni volta che il capitale si perde, per una qualunque causa, il reddito o il guadagno che ne deriva scompare per non tornare più finché un nuovo capitale non viene lentamente e fortuitamente accumulato (Jacobs, 1969).

Rispetto ai vari elementi che condizionano lo stato di salute delle comunità e delle società la forza del capitale sociale sta nella sua capacità potenziale di esprimere una serie di esiti collettivi, di risultati raggiunti dalla collettività che, direttamente o indirettamente, influenzano il benessere delle donne. Occorre, peraltro, anche considerare che se il capitale sociale nasce, sotto forma di fiducia, come sottoprodotto, effetto collaterale della partecipazione ad associazioni civiche, testimoni esse stesse del medesimo, resta il problema teorico di distinguere tra fonti di capitale sociale e benefici che ne derivano. Si ripropone qui la questione: non è chiaro se sia il malessere che determina l'inserimento del soggetto in reti sociali ridotte e frammentate o se, viceversa, sia l'inserimento in reticoli scarsamente di supporto, ridotti, che determina l'insorgenza del disturbo (Di Nicola, 1998).

Le reti possono influenzare lo stato di equilibrio e salute attraverso la promozione della partecipazione e dell'impegno sociale e la messa in atto di legami presenti nella vita reale come riunirsi con amici, assistere a funzioni sociali, partecipare a ruoli occupazionali o sociali o a ricreazioni di gruppo, a casi di impegno e coinvolgimento sociale. Attraverso i coinvolgimenti le reti sociali definiscono e rafforzano ruoli sociali significativi, compresi quelli genitoriali, familiari, occupazionali e comunitari che, a loro volta, attribuiscono un valore di appartenenza e di attaccamento. Questi ruoli, che offrono a ciascuna donna un senso coerente e stabile di identità, sono rafforzati in quel contesto di rete che consente uno spazio nel quale la performance del ruolo può avvenire, ma, anche e soprattutto, essere percepita. Inoltre, la partecipazione alla rete, o l'integrazione nella medesima, consolida opportunità di socializzazione e di amicizia, di conoscenze, evitando forme di emarginazione e relativa solitudine, dando senso alla vita della persona, contribuendo così ad uscire dal mondo solitario dell'io ed avvicinandosi alla sfera sociale.

Poche ricerche hanno tentato di esaminare le differenze nell'accesso ai beni materiali, alle risorse, ai servizi come meccanismo attraverso il quale le reti sociali possono operare. Questo è un limite visto che la prima fase della nostra indagine mostra che le reti sociali operano regolando l'accesso delle donne alle opportunità di vita, a volte anche grazie alla forza dei legami deboli che, da un lato non hanno intimità, e non ne sono caratterizzati, ma dall'altro facilitano la diffusione dell'informazione, dando opportunità di mobilità (Granovetter, 1973). Infatti, oltre al

sostegno offerto dai vari legami, anche il supporto strumentale, l'affiliazione ai vari gruppi può dare accesso a opportunità di lavoro: così una intervistata dichiara che grazie alla frequentazione di una Associazione, ha avuto "l'opportunità di trovare un lavoro che le ha dato una emancipazione dalla dipendenza economica del suo carnefice", di avere accesso a cure mediche e alla casa, a possibilità di tipo abitativo.

Mentre questo percorso è strettamente legato al supporto strumentale, valutativo e finanziario, un ulteriore lavoro empirico ed una migliore comprensione potrebbero dimostrare che costituisce un collegamento tra reti e salute, non definito in prima istanza. Certo dalle interviste emerge la rilevanza della rete per migliorare la vita di queste donne, come anche per salvaguardare patologie che si potrebbero cronicizzare.

Pertanto, gli impegni che ci legano al corpo sociale per garantire quello biologico (Cersosimo, 2024) delle donne vittime di abusi e violenze sono obbligatori solo in quanto reciproci, e la loro natura è tale che nell'osservarli non si può lavorare per altri senza lavorare in pari tempo per sé stessi (Rousseau, 1997).

Bibliografia

- Bergen RK. Interviewing survivors of marital rape: Doing feminist research on sensitive topics. *Research in Sensitive Topics* 1993;197-211.
- Bott E. *Family and social network*. London: Tavistock Press; 1957.
- Bowlby J. *Attachment*. Harmondsworth: Penguin Books; 1978.
- Bowlby J. *L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri; 1983.
- Cersosimo G. *Salute e benessere delle donne. Ambiente disuguaglianze e violenza*. Napoli: Liguori; 2023.
- Cersosimo G. Corpo sociale e corpo biologico: l'unicum della violenza. In: Gaudi S, Falzano L, Pillozzi A (Ed.). *Epigenetics for Women: un progetto multicentrico per la prevenzione di precisione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/10). p. 27-32.
- Collins Hill P. Intersections of race, class, gender, and nation: Some implications for black family studies. *Journal of Comparative Family Studies* 1998;29 (1):27-36.
- Di Nicola P. *La rete: metafora dell'appartenenza. Analisi strutturale e paradigma di rete*. Milano: Franco Angeli; 1998.
- Durkheim E. *Le regole del metodo sociologico*. Milano: Comunità; 2001.
- Erikson EH. *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag; 1988.
- Fischer CS. *To dwell among friends: person al networks in town and city*. Chicago: University of Chicago Press; 1982.
- Folgheraiter F. *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*. Trento: Erickson, 2000.
- Gaudi S, Falzano L. *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).
- Gidengil E, O'Neill B. *Removing rose colored glasses. Examining Theories of social capital through a gendered lens*, in *idem, gender and social capital*. New York: Routledge; 2006. p. 1-14.
- Goffman E. *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: Il Mulino; 1969.
- Goffman E. *L'ordine dell'interazione*. Roma: Armando; 1998.
- Granovetter M. *La forza dei legami deboli*. Napoli: Liguori, 1973.

- Hall PA. Social capital in Britain. *British Journal of Political Science*. 1999;28:417-61.
- Jacobs J. *Vita e morte delle grandi città*. Torino: Einaudi;1969.
- Lawn RB, Koenen KC. Violence against women and girls has long term health consequences. *BMJ* 2021;375:e069311 doi:10.1136/bmj-2021-069311.
- Luhmann N. *La fiducia*. Bologna: Il Mulino; 2002.
- Maraschini A, Carinci A M, Minelli G. Potenzialità dei flussi sanitari correnti nella valutazione degli effetti a lungo termine della violenza di genere n 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. 15-25).
- Marsden PV, Friedkin NE. Network studies of social influence. *Research in the Social and Behavioral Sciences*. 1994;3-25.
- Norris P, Inglehart R. *Rising tide: gender equality and cultural change worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press; 2023.
- Onyx J, Leonard R. *Women, volunteering, and social capital*. Sidney: Federation Press; 2000.
- Plummer K. *Telling sexual stories in power, change and social worlds*. London: Routledge; 1995.
- Putnam RD, Feldstein LM. *Better together. Restoring the American community*. New York: Simon & Schuter; 2003.
- Rousseau JJ. *Il contratto sociale*. Bari: Laterza; 1997.
- Russell H. Friends in low places: gender, unemployment and sociability. *Work, Employment and Society* 1999;13: 205-224.
- Thaggard S, Montayre J. There was no-one I could turn to because I was ashamed: Shame in the narratives of women affected by IPV. *Women's Studies International Forum* 2019.

EPIGENETICS FOR WOMEN: QUESTIONARIO INFORMATIZZATO PER LO STUDIO PROSPETTICO

Anna Carannante, Marco Giustini

Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

La violenza contro le donne rappresenta un problema di sanità pubblica con conseguenze significative a breve e lungo termine sulla salute fisica e psicologica delle vittime. Le “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza” del 2017 (Italia, 2017) stabiliscono procedure integrate per il soccorso e l’assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza, evidenziando la necessità di percorsi tempestivi ed efficaci.

Il progetto EpiWE (*Epigenetics for Women*), dell’Area Azioni Centrali (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, CCM) del Ministero della Salute e con la responsabilità scientifica dell’Istituto Superiore di Sanità, si inserisce in questo contesto con l’obiettivo di migliorare la comprensione e il supporto a lungo termine alle donne che subiscono violenza, utilizzando strumenti innovativi e raccogliendo dati dettagliati per una prevenzione di precisione.

Un’analisi dei dati, condotta dal 2000 al 2018, in 161 paesi, ha rilevato una prevalenza del 30% di donne sottoposte a violenza fisica e/o sessuale. Anche i dati più recenti confermano questo scenario: il 35% delle donne in tutto il mondo ha subito violenza fisica e/o sessuale, il 7% è stata aggredita sessualmente da qualcuno che non sia il partner e 200 milioni hanno subito mutilazioni/escissioni dei genitali femminili (World Bank, 2019). Questi dati sono coerenti con quelli che per l’Italia ha rilevato l’Istituto Nazionale di Statistica, secondo il quale circa il 31,5% delle donne ha subito qualche forma di violenza almeno una volta nella vita (ISTAT, 2015).

Secondo lo *European Injury DataBase* (EU-IDB), le due forme più comuni di violenza contro le donne sono la violenza da parte di conoscenti o amici (17%) e da parte del partner o ex partner (*Intimate Partner Violence-IPV* 39%) (Giustini *et al.*, 2023). Dal 2018 al 2022, sono stati registrati 42 (4,6%) casi di violenza sessuale in Pronto Soccorso. In 15 di questi (35,7%) l’autore era un conoscente o un amico, in 9 casi (21,4%) un coniuge o un partner, in 3 un genitore (7,1%) e in 6 (14,3%) l’autore era uno sconosciuto (Figura 1) (Giustini *et al.*, 2023; Carannante *et al.*, 2024). L’IPV si è dimostrata essere associata con problemi di salute mentale delle donne, in particolare, depressione e disturbi legati allo stress.

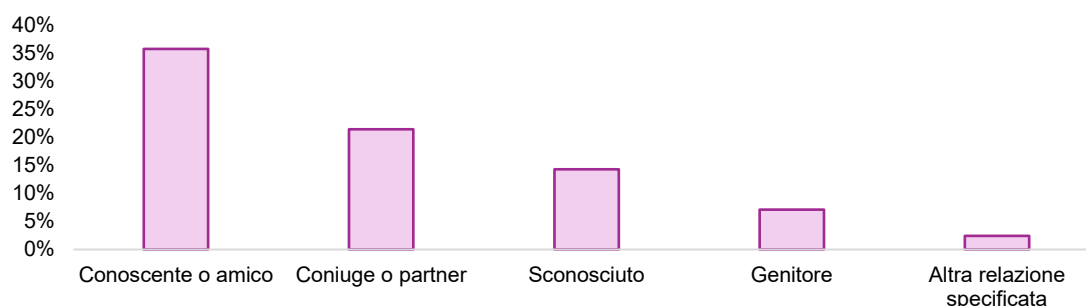


Figura 1. Aggressioni sessuali (%) per relazione vittima/aggressore (EU-IDB, dati 2018-2022)

È difficile, spesso, ottenere ulteriori informazioni da pazienti che hanno subito traumi da eventi così violenti perché il fenomeno della violenza spesso rimane invisibile. Le donne che hanno subito traumi da eventi violenti spesso incontrano difficoltà nell'esprimere ciò che è accaduto in quanto il trauma può avere effetti sulla memoria, sull'elaborazione emotiva e sulla fiducia verso gli altri, rendendo complesso il dialogo con operatori sanitari o forze dell'ordine contribuendo ulteriormente alla sottostima del fenomeno.

Per rendere visibile il fenomeno della violenza sono necessarie azioni integrate: educare la popolazione sui diritti delle vittime e sulla disponibilità di servizi di supporto, formare operatori sanitari, forze dell'ordine e assistenti sociali per riconoscere i segni della violenza, creare meccanismi di denuncia più accessibili, anonimi e sicuri, per garantire protezione alle vittime, offrire servizi di assistenza psicologica per aiutare le vittime a superare il trauma e a sentirsi pronte per raccontare la loro esperienza e migliorare i sistemi di monitoraggio e ricerca per ottenere dati più completi e accurati sul fenomeno della violenza.

Percorso di supporto alle donne vittime di violenza

Le linee guida nazionali, emanate con il DPCM del 24 novembre 2017, mirano a fornire un intervento adeguato al trattamento e delle vittime di violenza. Questo approccio coinvolge il Pronto Soccorso e i servizi territoriali, introducendo il triage nei dipartimenti di emergenza e valutazioni psicologiche, inclusa la valutazione del rischio di recidiva. Inoltre, le Linee Guida promuovono l'integrazione nelle reti antiviolenza, favorendo il supporto necessario affinché le vittime di violenza vengano indirizzate verso i servizi territoriali competenti.

Il progetto EpiWE mira a sviluppare nuove strategie per rafforzare il supporto alle donne vittime di violenza e a creare modelli territoriali per contrastare gli effetti a lungo termine sulla salute. Tra gli obiettivi principali:

- raccolta di informazioni dettagliate sulle circostanze esterne della violenza;
- integrazione dei dati con valutazioni del *Post Traumatic Stress Disorders* (PTSD), per migliorare la comprensione degli effetti psicologici della violenza, e
- raccolta di campioni biologici per studi sull'epigenoma, con l'obiettivo di indagare gli effetti biologici della violenza.

Per comprendere meglio il contesto della violenza, il progetto di Azione Centrale EpiWE propone di raccogliere informazioni relative a: i) sesso dell'aggressore, ii) età dell'aggressore, iii) contesto dell'aggressione, iv) relazione tra vittima e aggressore utilizzando il modulo sulla violenza di EU-IDB (Giustini *et al.*, 2023). Oltre alla valutazione fisica e medica, viene somministrato un colloquio psicologico per valutare il rischio di ri-vittimizzazione. Se, a seguito della valutazione psicologica mediante il *Brief Risk Assessment for ED-Danger Assessment-5*, che valuta la pericolosità della violenza e il rischio di revittimizzazione (Snider *et al.*, 2009), come indicato dalle linee guida nazionali, emerge un rischio medio/alto di recidiva, la donna viene affidata a un centro di emergenza o a strutture simili, altrimenti viene dimessa. In entrambi i casi, l'obiettivo è garantire l'inserimento della vittima nella rete territoriale antiviolenza. Infine, la valutazione del PTSD viene effettuata una volta che la paziente ha stabilito un rapporto con lo psicologo e può essere condotta utilizzando lista di valutazione per il PTSD, secondo il DSM-5la (*PTSD Checklist for PCL-5*; Cloitre *et al.*, 2018).

Uno dei nuovi compiti dell'Area Azioni Centrali riguardante la violenza contro le donne e i suoi effetti a lungo termine per una prevenzione mirata, prevede l'integrazione del modulo sulla violenza di EU-IDB e PTSD-PCL-5 nelle linee guida nazionali. Questa integrazione rappresenta il punto di partenza del progetto multicentrico e transdisciplinare, mirato a definire nuove strategie per il supporto alle donne e a creare nuovi modelli territoriali per contrastare gli effetti a lungo

termine della violenza sulla salute della donna. Infatti, la maggior parte degli studi epidemiologici sulla violenza contro le donne si concentra sugli effetti a breve termine, mentre quelli a lungo termine vengono trascurati o marginalmente inclusi, nonostante comportino conseguenze gravi e complesse. Tutto ciò, malgrado l'evidenza che la diagnosi precoce delle malattie croniche e non trasmissibili originate dal trauma sia cruciale per prevenirle.

Metodologie e strumenti utilizzati: il questionario informatizzato

L'obiettivo di questa linea di ricerca, in quanto lavoro transdisciplinare, è quello di proporre una serie di strategie innovative e/o interconnesse per garantire alle donne che hanno subito violenza un'assistenza a lungo termine, così da individuare precocemente l'insorgenza di patologie croniche non trasmissibili, che potrebbero avere origine dal trauma subito.

L'idea alla base del questionario "Percorso integrato di accoglienza delle donne che hanno subito violenza" è quella di centralizzare tutti i dati relativi all'evento violento, subito dalla donna, in un unico strumento di valutazione che possa aiutare i servizi sanitari e sociali ad assistere al meglio la donna e, allo stesso tempo, a identificare precocemente i segnali di possibili conseguenze croniche.

Il questionario consentirà infatti di raccogliere informazioni relative al contesto dell'aggressione, alla relazione tra vittima e aggressore, alla fascia di età dell'aggressore, di valutare il rischio di recidiva, la presenza di depressione e PTSD nella donna vittima di violenza.

Il questionario è organizzato in 9 sezioni. Ogni sezione è indipendente dalle altre e la donna può interrompere, alla fine di ogni sezione, di rispondere nel caso in cui non si senta a suo agio nel procedere.

Più in dettaglio, il questionario è strutturato come segue:

- la sezione 1 comprende la fase di raccolta dei dati, il codice identificativo della struttura e il codice identificativo del paziente;
- la sezione 2 contiene i dati socio-personali come il livello di istruzione del paziente, rapporto con il partner attuale, professione del paziente, cittadinanza o paese straniero di nascita del paziente, numero di figli minori che convivono, numero di figli minori che coabitano, numero di figli minori di un altro partner;
- la sezione 3 consiste nel raccogliere informazioni sulle circostanze esterne della violenza (rapporto vittima-aggressore, sesso dell'aggressore, classe di età dell'aggressore, tipo di evento, singolo o ripetuto, tipo di violenza subita e quando si è verificata, tipo di violenza subita e per quanto tempo la subisce, valutazione della gravità della violenza);
- la sezione 4 valuta il rischio di recidiva attraverso la *Brief Risk Assessment for ED-DA-5* (Snider *et al.*, 2009);
- la sezione 5 include informazioni sull'eventuale presenza di malattie croniche e altre condizioni, segni e sintomi come disturbi alimentari, disturbi uro-ginecologici, disfunzione sessuale, patologie gastrointestinali, sequele o complicanze di traumi, ustioni o avvelenamenti, disabilità motoria, sensoriale o funzionale, altra patologia;
- la sezione 6 raccoglie informazioni sull'eventuale assunzione di droghe;

- la sezione 7 consiste di informazioni su terapia psichiatrica/psicologica o consulenza (terapia psichiatrica/psicologica o consulenza, assunzione di antidepressivi o ansiolitici, se si segue un percorso con uno psicoterapeuta, se si segue un percorso con uno psichiatra);
- la sezione 8 include l'*ITQ-International Trauma* (valutazione del PTSD utilizzando la versione italiana di ITQ) (Cloitre *et al.*, 2018) per valutare la presenza di PTSD;
- la sezione 9 contiene la scala per la valutazione della depressione (utilizzando la scala abbreviata CES-D, <https://cesd-r.com/about-cesdr/>, per la depressione).

Al termine del questionario, la donna ha l'opportunità di esprimere la propria volontà di partecipare o meno allo studio epigenetico, che prevede la donazione di un campione di sangue.

Una struttura di risposta chiusa è stata scelta principalmente perché le opzioni predefinite riducono il carico cognitivo sulle donne intervistate aumentando così il tasso di risposta. Inoltre, l'analisi dei dati è semplificata, in quanto le risposte possono essere facilmente codificate ed elaborate in modo automatizzato, consentendo un'analisi statistica più rapida e precisa. Un altro vantaggio è la coerenza e la comparabilità dei dati, poiché tutte le donne rispondono in modo standardizzato, eliminando le ambiguità e facilitando il confronto dei risultati. Infine, le risposte chiuse riducono anche il pregiudizio interpretativo, offrendo risultati più oggettivi e riducendo l'influenza soggettiva durante l'analisi dei dati. Questo formato consente di fornire informazioni mirate, evitando risposte vaghe o irrilevanti, soprattutto su argomenti sensibili.

Il questionario sarà accessibile da qualsiasi dispositivo connesso a Internet, compresi computer, tablet e smartphone, tramite un link generato direttamente dall'applicazione.

Quando si compila un questionario autosomministrato, non c'è alcun supporto immediato disponibile per la persona che può essere sopraffatta da intense emozioni o disagio. Per questo motivo, la somministrazione del questionario sarà condotta da un professionista che potrà fornire un supporto psicologico immediato in caso di segni di stress o trauma. Il *link* sarà inviato ai capi delle unità operative del progetto, che controlleranno l'identificazione dei professionisti (medici/psicologi) che gestiranno il questionario, dopo aver firmato il consenso informato.

Il questionario può essere somministrato al momento dell'ammissione al Pronto Soccorso, se la donna è in grado di completarlo, o in alternativa in un secondo momento, come durante la prima visita di follow-up dopo pochi giorni.

Lo strumento elettronico consentirà una maggiore raccolta di informazioni sulle circostanze dell'evento violento che, insieme alle valutazioni psicologiche, sarà il vero e proprio strumento di valutazione e prevalenza del PTSD complesso e PTSD. Inoltre, la raccolta di campioni biologici per studi futuri dell'epigenoma consentirà la creazione di una rete d'informazione e di ricerca.

Conclusioni

Il progetto di Azione Centrale EpiWE rappresenta un passo importante nella lotta contro la violenza sulle donne, proponendo un approccio multidisciplinare che combina innovazione tecnologica, ricerca scientifica e intervento clinico. Attraverso la raccolta e l'analisi di dati completi, nonché la creazione di nuovi modelli di intervento, il progetto offre un contributo significativo per migliorare il benessere e la sicurezza delle vittime, promuovendo una prevenzione di precisione.

Le linee guida nazionali per il soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza prevedono un protocollo specifico che consiste nell'attivazione di un percorso comprendente, oltre alle cure mediche in Pronto Soccorso, anche di un supporto psicologico.

EpiWE si inserisce nel solco di una nuova generazione di studi longitudinali caratterizzati dal miglioramento degli strumenti di valutazione in grado di migliorare la capacità di identificare e monitorare gli effetti a lungo termine della violenza sulle vittime, ottimizzare i percorsi di cura e prevenzione tramite strumenti innovativi, fornire informazioni utili per l'interpretazione dei risultati, ottenuti dai recenti studi epigenetici, sui cambiamenti nell'espressione genica, causati dall'esposizione a fattori ambientali tra i quali rientra la violenza e contribuire alla riduzione degli effetti negativi della violenza grazie a interventi mirati e basati su evidenze scientifiche.

Bibliografia

- Carannante A, Giustini M, Fondi G, Bauer R, Fian T, Valkenberg H, Nijman S, Alves T, Pitidis A for the EU-IDB Working Group. *European Injury DataBase (EU-IDB): data analysis 2021-2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/22).
- Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, Karatzias T, Hyland P. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):536-46. doi: 10.1111/acps.12956.
- Giustini M, Fondi G, Bejko D, Bauer R, Valkenberg H, Pitidis A for the EU-IDB Working Group. *European Injury Data Base (EU-IDB): data analysis 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/12).
- Istituto Nazionale di Statistica. *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014*. Roma: ISTAT; 2015.
- 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 sociosanitaria alle donne vittime di violenza. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale* - n. 24, 30/01/2018.
- 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. doi: 10.1111/j.15532712.2009.00457.x.
- World Bank. *World development indicators*. Washington, DC: The World Bank; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>; ultima consultazione 27.03.2025.
- World Bank. *Gender-based violence (Violence against women and girls)*. Washington, DC: The World Bank; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.worldbank.org/en/topic/socialsustainability/brief/violence-against-women-and-girls>; ultima consultazione 27.03.2025.

TRAUMA DEGLI ORFANI SPECIALI TRA VIOLENZA ASSISTITA E LUTTO TRAUMATICO: INTERVENTI INTEGRATI DELLA RETE SOCIO-SANITARIA PUGLIESE

Maria Grazia Foschino Barbaro

Coordinamento della rete regionale dei servizi per il contrasto della violenza all'infanzia, Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale Regione Puglia, Bari

Introduzione

La morte di una persona amata rappresenta l'esperienza emotiva più dolorosa in qualsiasi fase della vita, ma nell'infanzia e nell'adolescenza acquista dimensioni del tutto peculiari. La letteratura su questo argomento suggerisce che in particolare la morte di un genitore produce un dolore intenso e duraturo con un effetto così devastante sul senso di sicurezza personale che spesso è impossibile stabilire il confine tra il sentimento di dolore e l'inizio del trauma. Quando i bambini sperimentano la morte di un genitore, perdono non solo la persona che è morta (perdita primaria) ma anche tutto ciò che la persona aveva contribuito o avrebbe contribuito a fornire alla loro vita (perdite secondarie).

Quale impatto potrebbe avere la perdita di un genitore, in genere la madre, non per cause naturali ma per mano dell'altro genitore?

Per comprendere la complessa condizione di questi figli, bisogna considerare le implicazioni derivanti dalla natura tragica della morte causata dall'altra figura genitoriale. Questa specifica tipologia di omicidio viene connotata come "femminicidio" dalle normative e dalla letteratura scientifica, internazionale e nazionale.

Il femminicidio non è un generico omicidio di una donna, nemmeno l'evento singolo frutto di motivazioni personali o soggettive, ma rappresenta l'atto estremo della violenza sulle donne e per i figli il tragico epilogo di anni di esposizione a violenza assistita. Questo fenomeno pertanto viene inquadrato nell'ambito della violenza nelle relazioni intime (*Intimate Partner Violence*, IPV), connotato da un profondo significato socioculturale e psicosociale che ha delle imponenti implicazioni e conseguenze sui figli. Gli orfani di femminicidio sperimentano una doppia perdita genitoriale (Alisic *et al.*, 2015; Baldry, 2015) poiché perdono al tempo stesso la madre e il padre, che spesso si suicida o comunque viene arrestato.

In Italia la ricerca scientifica relativa a questa peculiare condizione si deve a Anna Costanza Baldry (Baldry, 2015; Baldry & Cinquegrana 2017), che ha definito questi figli come "orfani speciali", poiché sono rappresentati al tempo stesso come figli sia dell'assassino che della vittima, e la loro condizione psicologica è unica, così come i loro destini sono speciali. La definizione giuridica riportata dalla normativa italiana di riferimento, la Legge 4 del 2018, li identifica 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, ovvero dalla persona che è o è stata legata da relazione affettiva e stabile convivenza".

Il femminicidio ha un impatto traumatico e devastante sui figli a prescindere dall'età, tuttavia la maggior parte degli studi si sono concentrati sui minori in considerazione delle numerose conseguenze psicologiche e psicosociali che i femminicidi hanno su di loro. Secondo molti autori l'impatto del trauma è funzione sia della condizione di vita precedente all'evento luttuoso, sia di

fattori concomitanti e successivi all'omicidio, e altre circostanze che possono mediare gli esiti di salute sui figli (Alisic *et al.*, 2017).

La vita prima del femminicidio: la violenza assistita

Per violenza assistita si intende l'esposizione prolungata ad atti ripetuti di violenza, di varia natura, (fisica, psicologica, verbale, economica, sessuale e a trascuratezza) diretta o indiretta, minacciata o agita, in genere sulla madre da parte del padre (CISMAI, 2016). Tale forma di violenza rientra tra le Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI) o *Adverse Childhood Experiences* (ACE) (Felitti *et al.*, 1998) assieme ad altre forme di maltrattamento intrafamiliare, che possono agire effetti intensi e durevoli, a breve, medio e lungo termine, sullo sviluppo evolutivo dei minorenni a livello neurobiologico, cognitivo, emotivo, e sociale con conseguenze in età adulta correlate ad un aumento delle principali cause di malattie mentali, fisiche e morte prematura. L'esposizione alle avversità in età precoce interagisce con la dotazione genetica di un bambino (ad esempio variazioni nei polimorfismi genetici), che a sua volta porta a una serie di cambiamenti biologici su più livelli, influenzando gli esiti in età adulta (Berens *et al.*, 2017).

Il carattere potenzialmente traumatico di questa esperienza è riferibile alla condizione cronica di questa esposizione ad un contesto di accadimento abitato da paura, ostilità, allarme, impotenza e imprevedibilità che fallisce in diverse funzioni di cura: quali per esempio la protezione dai pericoli, la regolazione affettiva, lo sviluppo della padronanza di sé e delle abilità autoriflessive (Liotti & Farina, 2011; Pallini *et al.*, 2022).

La figura paterna, esplicitamente maltrattante, è percepita il più delle volte come minacciosa e pericolosa ma anche forte; la genitrice, essendo vittima di violenza, è essa stessa fonte di trauma per il proprio figlio, mostrandosi spaventata, fragile, impotente e fallimentare ma per questo da proteggere e accudire.

L'esposizione alla violenza domestica, nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, può originare modelli multipli di Sé che oscillano lungo i lati del cosiddetto "triangolo drammatico" del Salvatore, Persecutore e Vittima (Karpman, 1968; Pallini *et al.*, 2022). I figli possono percepirsi come vittima e sperimentare sentimenti di terrore e impotenza, oppure agire tentativi di difendere la madre maltrattata, assumendo il ruolo di salvatore, o attaccare il genitore maltrattante e percepirsi come persecutore. Questo contesto relazionale implicitamente trasmette al bambino di non essere considerato né di essere importante per i genitori, coinvolti nelle dinamiche violente determinando una perdita del valore personale e una visione delle relazioni come inaffidabili e gli altri come incapaci di cura e di protezione, il mondo come un luogo ostile, potenzialmente persecutorio (Foschino *et al.*, 2022; 2023). L'esposizione ad una emotività traumatica e impotente interferisce con i processi integrativi della neocorteccia determinando una mancata integrazione delle funzioni mentali superiori, originando processi dissociativi, oltre che la costruzione di significati personali e interpersonali patogeni.

Il carattere cumulativo e persistente della violenza assistita trova pieno riconoscimento nella diagnosi di *Post Traumatic Stress Disorders* (PTSD) introdotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2019). Tale quadro clinico è caratterizzato da una complessa costellazione di sintomi con alterazioni nella regolazione degli affetti, del comportamento, nell'attenzione e nella coscienza, nella percezione del sé, nella relazione con gli altri, nel sistema di significato, nelle funzioni corporee. Alcuni pur non presentando evidenti quadri psicopatologici, sperimentano ugualmente difficoltà in diverse aree sociali ed interpersonali, insuccessi e fallimenti a livello scolastico, difficoltà nelle interazioni sociali con i propri pari associate ad alti livelli di aggressività, dalla carenza di atteggiamenti prosociali e di avvicinamento ai pari.

Vivere dopo il femminicidio: il trauma nel trauma

Tra i pochi studi sul tema, c'è un certo accordo sul ritenere che le conseguenze sulla salute mentale siano il risultato di una combinazione di trauma, lutto e perdite, che possono causare una serie di disturbi persistenti.

Dopo anni di violenza assistita, la tragica morte della madre irrompe devastando i precari equilibri costruiti nel tentativo di fronteggiare un ambiente carico di pericoli.

Così si esprime Maria Sole, 17 anni nel corso di una seduta di psicoterapia:

“Da piccola ho vissuto con il fiato sospeso, in apnea per la paura, poi non so come sono entrata in una bolla che attutiva tutti i rumori esterni non sentivo più le minacce, né vedevo la violenza niente mi toccava. Così dopo l'omicidio, un attimo di angoscia che mi ha tolto il respiro, poi di nuovo mi sono sentita in una bolla che mi ha riparato dal dolore e da tutto. Dopo qualche mese la bolla si è rotta e improvvisamente e la realtà è esplosa in tutta la sua tragicità ... Mia sorella invece camminava sui carboni ardenti, sempre agitatissima prima e dopo l'omicidio”

Questa la fotografia delle possibili reazioni ad esperienze estreme racchiuse in una metafora che richiama una esperienza somatica, senso-motoria in linea con la natura delle memorie traumatiche immagazzinate attraverso codici sensoriali, viscerali, “come impronte di un bambino nel cemento fresco, il tempo non cura le ferite, le nasconde, diventano parte del corpo per tutta la vita” (Lanius *et al.*, 2012).

Gli studi evoluzionisti ci hanno insegnato che i sentieri che conducono alla sopravvivenza si fondano su sistemi motivazionali arcaici e originano modalità comportamentali di ipoattivazione, come il congelamento, in cui sintomi come la dissociazione o l'evitamento passivo, accanto a modalità opposte di iperattivazione, hanno un forte valore adattivo. Consentono di tenere separate dalla coscienza informazioni, ricordi ed emozioni intollerabili e insostenibili. mentre il funzionamento opposto garantisce paradossalmente la fuga o attacco, per fronteggiare il pericolo dell'angoscia e della sofferenza (Porges, 2003; Van der Kolk, 2006) la finalità di fronteggiare gli stress traumatici, anche se in maniera disfunzionale. Una sorta di resilienza paradossale, due facce quindi della stessa medaglia, con tuttavia vissuti soggettivi differenti, che possono assumere forme cliniche molto diverse.

In uno studio retrospettivo (Pitcho-Prelorentzos *et al.*, 2023) sui significati del lutto di dodici adulte, orfane di femminicidio dall'infanzia, sono emersi vissuti riferibili a temi di “distruzione”, di “ferita da esplosione” con l'effetto di una onda d'urto su tutta la propria esistenza, ma anche dubbi sui propri ricordi, emozioni ed esperienze dell'assassinio. Un elemento comune a tutte le narrazioni era il profondo senso di solitudine esistenziale e di perdita totale, in una vita rappresentata come frantumata in tutte le sue dimensioni.

Questi ragazzi si trovano ad affrontare perdite multiple, associate ad un cambiamento radicale dello stile di vita. Spesso perdono la casa sequestrata per un tempo non definito, possono essere affidati ad altri familiari o collocati presso comunità, che prevedono il trasferimento presso una nuova abitazione, spesso in un'altra città; con il cambiamento della scuola e l'allontanamento dagli amici di sempre, sono coinvolti, inoltre, nel contesto giudiziario (Alisic *et al.*, 2015; Alisic *et al.*, 2017; Goffredo *et al.*, 2018).

Gli studi (Aliac *et al.*, 2015; Goffredo *et al.*, 2018; Mertin, 2019) che hanno effettuato una qualche forma di valutazione del funzionamento dell'orfano al momento dell'invio hanno rilevato problemi di adattamento con manifestazioni psicologiche, sociali, scolastiche e somatiche. Sul piano psicopatologico, è stato documentato che questi orfani soffrono di forti reazioni al lutto, disturbo da stress post traumatico e difficoltà di sviluppo (Spinazzola *et al.*, 2021) e la maggior

parte degli studi fanno riferimento a una sindrome post traumatica, la *Child Traumatic Grief* (CTG) (Cohen *et al.*, 2022) che interferisce con l'elaborazione del lutto, a causa dal dolore e dalla reazione al trauma, rimanendo vittima di disturbi cronici.

Nel lutto traumatico (CTG) i pensieri e ricordi connessi all'esperienza con la madre, anche se di contenuto positivo, attivano paura e stati mentali di carattere traumatico, ostacolano il naturale processo di accettazione ed elaborazione della perdita (Cohen *et al.*, 2022). Tipici del CTG sono i pensieri o sogni intrusivi, ansia, problemi comportamentali ma anche depressione, intorpidimento o distacco, irritabilità, compromissione del funzionamento globale con problemi relazionali in famiglia e a scuola, minore rendimento scolastico e ridotto senso di appartenenza sociale (Cohen *et al.*, 2022).

La situazione è aggravata dal fatto che anche i familiari, sia della vittima sia del carnefice, hanno enormi difficoltà a gestire la situazione e spesso mettono in atto condotte che, in realtà, aumentano le sofferenze degli orfani

Le metanalisi disponibili (Alisic *et al.*, 2015; 2017) suggeriscono che gli esiti sulla salute possono essere influenzati da fattori di rischio e di protezione relativi alla loro storia pre-traumatica e dell'attuale ambiente di supporto. Nella fase peri traumatica sono stati individuati il suicidio dell'autore, l'aver assistito all'omicidio ma anche il ricevere false informazioni sull'accaduto. Nella fase successiva all'omicidio sono stati indicati come fattori di rischio il clamore mediatico, lo stress dei *caregiver*, il conflitto tra le famiglie di origine dei genitori e i contatti problematici con il genitore autore del reato, l'assenza di interventi psicologici.

Dall'emergenza alla cura: gli interventi in Puglia

Mentre l'esperienza clinica suggerisce che un numero considerevole di orfani speciali necessita di presa in carico da parte dei servizi sociali e psicologici, a partire dall'immediatezza dell'omicidio e a lungo termine, di fatto sono disponibili poche prove empiriche in merito.

Che fare quindi in questi casi? In Puglia abbiamo cominciato ad occuparci, in maniera sistematica della condizione degli orfani speciali, a partire dal 2016. Non potendo contare su dati di ricerca o buone prassi specifiche, ci siamo ispirati agli interventi proposti per altre esperienze di perdite traumatiche, che si sviluppano lungo due direttrici temporali tese alla riduzione dello stress peri e post traumatico (Goffredo *et al.*, 2018; Foschino *et al.*, 2023). Per comprendere le prassi operative realizzate in tutto il territorio regionale, ritengo opportuno presentare brevemente il modello di intervento della rete pugliese per il contrasto della violenza all'infanzia, che di fatto è chiamata a realizzare le azioni in favore anche degli orfani speciali minorenni.

La Regione Puglia ha elaborato un modello organizzativo di rete sociosanitaria (DGR 1878 del 30/11/2016; DGR n. 1641/20), multilivello e multidisciplinare, che opera attraverso l'integrazione di tutti gli attori (forze dell'ordine, magistrati, assistenti sociali, psicoterapeuti, educatori, insegnanti, ecc.) e dei target coinvolti, secondo la prospettiva *Trauma Informed Care* (TIC) (SAMHSA, 2014) che prevede la diffusione della conoscenza del funzionamento traumatico, così da rimuovere le barriere che ostacolano l'accesso ai servizi, favorendo assetti organizzativi ed operativi che promuovono la sicurezza e la resilienza negli utenti, negli operatori e nella comunità.

Il primo livello della rete pugliese è rappresentato dalle *Équipe Multidisciplinari Integrate* (EMI), costituite dall'assistente sociale del Servizio Sociale di ambito territoriale e dal Dirigente Psicologo del Consultorio Familiare della ASL. L'EMI si integra con i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Medicina Generale oltre che con i Centri Antiviolenza e le Case Rifugio.

Il secondo livello è rappresentato sia dal Centro Specialistico per la cura del trauma interpersonale infantile, previsto in ogni ASL, che si integra con gli altri servizi specialistici

(Centro di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Servizio per le Dipendenze patologiche), che dalle equipe multidisciplinari ospedaliere previste negli Ospedali pugliesi, coordinate dall'unità operativa di Pediatria.

La funzione di Centro di III livello, riferimento regionale per la diagnosi e la cura delle forme di violenza all'infanzia, è svolta dall'équipe GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) del Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari.

Il gruppo di lavoro regionale, infine, svolge funzioni di *governance*, per il coordinamento e la supervisione della rete.

Nell'ambito del Progetto *PUGlia for Special Kids* (PUSKI), finanziato dal Dipartimento per le politiche della famiglia – Presidenza del Consiglio dei Ministri e promosso dall'Associazione “Sud Est Donne”, in qualità di soggetto attuatore e ente capofila, in ATS con la rete dei Centri Antiviolenza, con l'équipe GIADA, e con la Regione Puglia, sono state integrate e revisionate le procedure della rete in favore degli orfani speciali. Attualmente in Puglia, è in corso di realizzazione il Progetto RESPIRO (REte di Sostegno per Percorsi di Inclusione e Resilienza con gli Orfani speciali) (<https://percorsiconibambini.it/respiro>), finanziato dalla Fondazione “Con i Bambini”, e ispirato ai criteri di tempestività, multidisciplinarietà, integrazione, specializzazione.

La prima azione, in favore degli orfani speciali, messa in campo dalla rete pugliese, a ridosso del femminicidio, prevede la costituzione di un team funzionale che coinvolge i professionisti dei diversi livelli della rete, coordinato dall'*Equipe Multidisciplinare Integrata* dell'ambito/distretto territorialmente competente. Gli obiettivi perseguiti in questa fase mirano a potenziare i fattori di protezione cioè ad accogliere gli stati emotivi associati al tragico evento, dare prevedibilità e supporto ai tanti processi decisionali previsti. In particolare, si provvede a supportare sia i familiari della comunicazione dell'accaduto agli orfani, alla preparazione e partecipazione al rito funebre, al ripristino delle routine, sia alla preparazione del contesto scolastico al rientro a scuola. Il supporto ai nuovi *caregiver* e agli insegnanti prosegue con interventi psicoeducativi e di monitoraggi per favorire gli adattamenti degli orfani che vengono inseriti in attività diversive, sportive, risocializzanti sulla base dei loro interessi. Superata la fase di stress acuto, si attuano i protocolli di *assessment* che prevedono la valutazione del funzionamento psicologico e relazionale con l'approfondimento degli equilibri emotivi. Nei casi di psicopatologia si avviano i percorsi di psicoterapia e comunque di monitoraggio sistematico.

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 *caregiver*. I percorsi di psicoterapia si focalizzano sulla stabilizzazione dei sintomi traumatici e più in generale sul potenziamento della regolazione emotiva, che si ipotizza danneggiata dall'esposizione cronica a esperienze sfavorevoli infantili; l'elaborazione delle memorie traumatiche e il consolidamento del sentimento di padronanza del Sé e delle prospettive future. Attualmente la *Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TFCBT), che prevede una fase dedicata al lutto, conta sul maggior numero di prove empiriche (Cohen *et al.*, 2022). La rete sociosanitaria pugliese ha in carico 30 “orfani speciali”, di cui 21 ancora minorenni al momento del crimine, di questi 17 (81%) presentano uno sviluppo traumatico, 1 (5%) presenta un disturbo depressivo, 3 (15%) risultano adattati. Contiamo di monitorare le traiettorie di sviluppo di questi minorenni per aggiungere ulteriori conoscenze e competenze alla nostra prassi.

Conclusioni

Il confronto con il femminicidio ha un effetto deflagrante per i figli, i familiari ma anche per i servizi e gli operatori coinvolti, per le comunità locali, esposti ad un forte stress traumatico che

può assumere la dimensione di un disturbo vero e proprio. Negli operatori è stato individuato il cosiddetto Stress Traumatico Secondario (Salston & Figley, 2003) cioè la sofferenza emotiva che insorge quando una persona ascolta (legge, sente, vede) le esperienze traumatiche vissute da altri. Consapevoli di tale complessità abbiamo ispirato le nostre prassi all'approccio TIC che rafforza i fattori di protezione quali le relazioni di cura e supporto, la capacità di gestire sentimenti ed emozioni forti, la capacità di comunicazione e risoluzione dei problemi. Queste azioni richiedono continuità, uniformità e sistematicità che stiamo cercando di curare grazie al gruppo di lavoro regionale che garantisce la *governance* della rete dei servizi.

Abbiamo ancora tanta strada da fare ma riteniamo di avere messo insieme tutte le competenze necessarie per procedere verso la giusta direzione che porta a garantire i diritti dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze.

Bibliografia

- Alisic E, Groot A, Snetselaar H, Stroeken T, Van De Putte E. Children bereaved by fatal intimate partner violence: a population-based study into demographics, family characteristics and homicide exposure. *PLoS One*. 2017;12(10). doi: 10.1371/journal.pone.0183466.
- Alisic E, Krishna RN, Groot A, Frederick JW. Children's mental health and well-being after parental intimate partner homicide: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015;18(4):328-45. doi: 10.1007/s10567-015-0193-7.
- Baldry AC, Cinquegrana C. *Linee guida d'intervento per gli special orphans*. EU DaphneProject Report. Napoli: Dipartimento di Psicologia della Seconda Università degli Studi di Napoli; 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2016/10/lineeguida-switch-off_italiano.
- Baldry AC. *Orfani speciali: Chi sono, dove sono, con chi sono. Conseguenze psico-sociali su figlie e figli del femminicidio*. Milano: Franco Angeli; 2017.
- Berens AE, Jensen SKG, Nelson CA3rd. Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Med* 2017; 15:135. doi: 10.1186/s12916-017-0895-4
- CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia). *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita*. Torino: Foehn; 2017. Disponibile all'indirizzo: https://cismai.it/wp-content/uploads/2017/05/Opuscolo_ViolenzaAssistita_Bassa.pdf;
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Trattare il trauma e il lutto traumatico nei bambini e negli adolescenti. Adattamento italiano*, Giovanni Fioriti; 2022.
- 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):199. doi 10.36131/COGNCL20230204.
- Foschino Barbaro, MG, Goffredo, M. *Il fenomeno della violenza assistita*. In: Bertacchi I, Mammini S, Anatra MG (Ed.). *Violenza assistita e percorsi d'aiuto per l'infanzia - Proposte di attività attraverso un approccio narrativo*. Trento: Erickson; 2022:17-24.
- Goffredo M, Lovero F, Magno A, Prudente D, Racanelli D, Sgaramella A, Urbano M, Cervinara A, Costantini A, Foschino Barbaro G. Dalla violenza assistita al lutto traumatico: i bambini orfani speciali. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*. 2019;1:73-89. doi 10.3280/MAL2019-001006.
- Goffredo M, Vitale GT, Pellegrini M, Foschino Barbaro MG. *Piccoli passi verso i bambini Orfani Speciali. Indicazioni psicoeducative*. Bari: FAVIA; 2018.
- Karpman SB. Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin* 1968:7-11.
- 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.
- Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-58.
- Martin P. The neglected victims: what (little) we know about child survivors of domestic homicide. *Children Australia*. 2019;44(3):2174. <https://doi.org/10.1017/cha.2019.19>
- 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; 2022.
- Pitcho-Prelorentzos S, Leshem E, Mahat-Shamir M. A trisomancy: identities of women whose mothers were murdered by their fathers. *Violence Against Women*. 2023;29 (5):901-24. <https://doi.org/10.1177/10778012221092478>
- Porges S.W. The polyvagal theory: phylogenetic contributions to social behaviour. *Physiology and Behaviour*. 2003;79: 503-13.
- Salston MD, Figley CR. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization *Journal of Traumatic Stress*. 2003;16 (2):167-74.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). *Concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Rockville, MD: U.S. Department of Health & Human Services; 2014.
- Spinazzola J, Kolk B, Ford JD. Developmental trauma disorder: a legacy of attachment trauma in victimized children. *Journal of Traumatic Stress*. 2021;34 (4):711-20.
- Van der Kolk BA. Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1071:277-93
- World Health Organization. *Violence Prevention Unit: Approach, Objectives and Activities 2022-2026*. Geneva: WHO; 2022.

ABUSO NELLE PERSONE ANZIANE E DISABILI: RICONOSCIMENTO E PROSPETTIVE NELL'AZIENDA SOCIOSANITARIA FRIULI OCCIDENTALE

Lisa Zanchetta, Fabiana Nascimben
Azienda Sociosanitaria Friuli Occidentale, Pordenone

I dati dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) riferiti al 2023 rilevano che in Italia il 24,3% (ISTAT, 2024) della popolazione ha più di 64 anni, mentre gli ultracentenari sono almeno ventimila tra uomini e donne. Tale situazione demografica ci pone di fronte alla necessità di guardare a questa fascia della popolazione con attenzione, per valutarne bisogni e necessità anche in un'ottica di genere, considerando la possibilità che siano (ancora) presenti episodi di violenza.

Con l'incremento dell'aspettativa di vita e il generale miglioramento dello stato di salute, sempre più persone nella terza età hanno un'ottima qualità di vita, sono in grado di autodeterminarsi, hanno aspettative e bisogni da soddisfare. Nel contempo, una quota non trascurabile dei soggetti ultra sessantacinquenni presenta bisogni e necessità di salute sempre maggiori e per maggior tempo, con un conseguente aumento della richiesta di assistenza, supporto e complessità del bisogno.

Ma quando una persona può considerarsi anziana? Tale definizione appare essere un concetto dinamico, determinato dallo stato sociale, economico e di salute.

Secondo la WHO (World Health Organization) si definiscono anziani i soggetti con più di 65 anni (WHO, 1997); tuttavia, per i concetti espressi sopra, nei paesi a basso e medio reddito l'età può scendere a 60 anni date le peggiori condizioni socioeconomiche, mentre nei Paesi ad alto *income* come l'Italia il *cut-off* può essere spostato a 75 anni.

Si possono, quindi, riconoscere quattro categorie suddivise in base all'età: giovani-anziani (65-75 anni), anziani (75-85 anni), grandi anziani (85-99 anni) e centenari (>100 anni). Pertanto, quando parliamo di soggetto anziano ci troviamo di fronte a un'ampia platea di persone con bisogni e necessità estremamente differenti tra loro. Anche la rete sociale e sociosanitaria è un fattore determinante nella valutazione complessiva dello stato di salute, con un peggioramento che è più evidente nei casi di isolamento, scarsità della rete familiare, indigenza economica. I dati del Progetto Passi d'Argento nello studio riguardante i sintomi di depressione nella popolazione adulta e anziana delle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia per gli anni 2008-2023 (<https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA42/>) indicano che la depressione aumenta con l'incrementare dell'età, con la presenza di problematiche di salute ed economiche e sia più frequente nei soggetti di sesso femminile, ma non prende in considerazione la correlazione tra abuso/violenza e depressione che, invece, in alcuni studi è chiaramente correlato (World Bank, 1994).

Il tema della violenza e dell'abuso è trasversale e va preso in considerazione in tutti i contesti, in particolar modo nell'ambito della salute in quanto, come già ben descritto dalla WHO nel 1997, si stima che:

“Worldwide, it has been estimated that violence against women is as serious a cause of death and incapacity among women of reproductive age as cancer, and a greater cause of ill-health than traffic accidents and malaria combined”¹ (WHO, 1997),

se non altro come possibile determinante di salute. Sempre secondo la WHO, la violenza è un fattore di rischio a sé stante per la salute e correla con lo sviluppo di svariate condizioni patologiche.

In questo contesto trasversale e diffuso, potremmo credere erroneamente che la violenza si manifesti solo in età riproduttiva, ma le donne che subiscono violenza in età giovane e adulta possono essere vittima di violenza da parte dei loro partner anche in età anziana, con aspetti peggiorativi legati alla progressiva perdita di autonomia. È, quindi, importante adottare un approccio intersezionale della violenza (Nocenzi & Pillozzi, 2024), poiché più matrici di violenza interconnesse tra loro possono intersecarsi: violenza in quanto donne, in quanto donne anziane, in quanto donne anziane con disabilità. Secondo le linee guida della WHO del 2014, nelle donne anziane la violenza va presa in considerazione come possibile fattore determinante nel caso vi siano l’insorgenza di nuovi problemi cognitivi e sintomi legati al sistema nervoso centrale (mal di testa, problemi di memoria, perdita dell’udito) (WHO, 2013), e in tutti i contesti in cui la violenza possa essere chiamata in causa.

Parallelamente, con l’aumentare dell’età anche soggetti di sesso maschile possono diventare vittime di maltrattamento e abuso, più spesso da parte dei familiari e dei loro *caregiver*.

Ecco, quindi, che la platea di soggetti potenzialmente vittime di abusi si allarga, mescolando e intersecando più forme di violenza e maltrattamento che possono essere correlate tra loro o meno, in un *continuum* che, per certo, porta a svariate problematiche di salute. Tutto questo richiede che i Servizi Sociosanitari siano pronti e preparati a riconoscere e gestire queste problematiche.

Nel 2014 la WHO aveva definito maltrattamento agli anziani quando si verifica un’azione singola o ripetuta, oppure la mancanza di un’azione adeguata che determina danno o sofferenza in una persona anziana all’interno di una relazione d’aiuto in cui, invece, è previsto un rapporto di fiducia (WHO, 2014).

In una definizione più recente, si intende abuso nelle persone anziane e disabili “ogni azione, o ogni mancanza di una azione, che sortisca la violazione dei diritti umani, delle libertà civili, dell’integrità fisica o mentale o del generale benessere di una persona vulnerabile, sia essa dolosa o colposa, incluse le relazioni sessuali o le transazioni finanziarie alle quali quella persona non presta o non possa prestare un consenso valido o le quali siano consapevolmente approfittatorie. L’abuso può assumere diverse forme. La WHO stima che a livello europeo, l’incidenza dell’abuso agli anziani sia in media del 3% ma la percentuale arriva al 25% nel caso di anziani vulnerabili (WHO, 2011).

Secondo lo *European report on preventing elder mal-treatment*, in Europa circa 4 milioni di anziani ogni anno sono vittime di abusi fisici e psicologici, 10 milioni hanno conseguenze a lungo termine, duemilacinquecento perdono la vita, diecimila sono oggetto di abusi da parte di operatori socio-sanitari, familiari o *caregiver*. Il 90% degli abusanti sono familiari (spesso figli adulti, coniugi e partner) ma l’abuso può verificarsi anche all’interno delle istituzioni, quali strutture protette e ospedali. Purtroppo, i dati precisi rispetto al fenomeno sono scarsi per mancanza di formazione al riconoscimento del fenomeno, mancanza di una banca dati e, non ultimo, di una legislazione specifica (WHO, 2011).

¹ Trad.: A livello mondiale la violenza sia una causa di morte o di invalidità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti del traffico e della malaria combinati insieme.

La denuncia da parte delle vittime è evento raro per mancanza di consapevolezza, paura che far emergere la violenza potrebbe mettere a repentaglio la propria sopravvivenza, profondo senso di vergogna, il timore di essere istituzionalizzati, impossibilità fisica e/o mentale di richiedere aiuto.

In molti Paesi, inoltre, sempre secondo la WHO le persone anziane non saprebbero come chiedere aiuto perché non saprebbero a chi rivolgersi.

Per comprendere al meglio tale fenomeno nel suo complesso, è fondamentale considerare che l'abuso su soggetti anziani potrebbe non essere intenzionale ma correlato alla incapacità e inadeguatezza degli assistenti familiari e dei *caregiver*. Spesso, chi si prende cura degli anziani non ha un percorso formativo adeguato e può non essere in grado di dare risposte appropriate ai bisogni assistenziali che l'anziano/a presenta, bisogni che sono complessi e a volte richiedono tempo energie e risorse difficilmente misurabili. Ecco che chi presta assistenza rischia di esaurirsi a sua volta, attuando inconsapevolmente delle azioni maltrattanti o agendo sulla base di consuetudini popolari. Alcune di queste situazioni si possono risolvere con una formazione adeguata e un adeguato supporto alla persona che presta assistenza. Altre volte, invece, la violenza è parte di un agito consolidato nel tempo che si ascrive in situazioni di violenza intrafamiliare, e che richiede di essere gestita con soluzioni non sempre agevoli, data la co-dipendenza tra soggetti anziani e la diversa prospettiva sul futuro.

Ma quali possono essere le tipologie di abuso nell'anziano? Per semplificazione didattica le elenchiamo di seguito:

- *Abuso fisico*
Uso intenzionale o sconsiderato della forza fisica o coercizione fisica che possa causare lesioni o dolore. Rientrano tra queste forme di abuso il colpire, picchiare, stratonare, scuotere, prendere a calci o schiaffeggiare ma anche un eccesso di contenzione, l'alimentazione forzata, l'abuso di sedazione farmacologica, l'alterazione del ritmo sonno-veglia per motivi organizzativi (ad esempio nelle strutture protette).
- *Abuso psicologico*
Atti verbali e non con insulti, intimidazioni, minacce, isolamento sociale per procurare angoscia o pena.
- *Abuso sessuale*
Contatti sessuali non consensuali di qualsiasi tipo come toccamenti indesiderati, molestie, atti sessuali con anziani incapaci di dare un valido consenso, manipolazioni inopportune durante l'igiene intima, disprezzo e svilimento del corpo invecchiato.
- *Abuso finanziario*
Uso illegale non autorizzato o improprio delle risorse finanziarie di una persona anziana sino alla privazione al legittimo accesso o utilizzo di beni e risorse come furto di denaro, ingannare alla firma di documenti, contratti o testamenti, negazione del sostentamento basilare (diritto di abitazione e/o usufrutto)
- *Abbandono*
Abbandono di una persona anziana da parte di chi si è assunto la responsabilità di fornire supporto o assistenza, sebbene l'anziano non sia in grado di badare a sé stesso/a.
- *Neglect/trascuratezza*
Rifiuto o incapacità di un *caregiver* di adempiere a doveri di Cura nei confronti di una persona anziana che si può estrinsecare nell'ignorare volutamente la persona, non rispondere alle richieste, far attendere a lungo l'accesso al bagno o lasciare il presidio per

l'incontinenza sporco, lasciare esposto il corpo nudo, non fornire adeguata alimentazione e idratazione.

Dall'elenco di cui sopra ci si rende conto che le forme di maltrattamento nei soggetti anziani sono molteplici, spesso subdole e inconsapevoli se non accompagnate da una formazione adeguata. Altre volte, invece, il maltrattamento è intenzionale, o figlio di una lunga storia di violenza domestica o da rapporti disfunzionali intrafamiliari.

All'interno dell'Azienda Sociosanitaria Friuli Occidentale (ASFO) è presente da anni un gruppo di lavoro che si occupa della formazione al riconoscimento e al contrasto alle violenze di genere, domestica, alla violenza assistita e alle forme di abuso e maltrattamento contro i soggetti anziani, fragili e con disabilità. Tale gruppo (GAV, Gruppo Aziendale Violenza) è costituito da personale di diversa estrazione sociosanitaria, afferente sia alla parte ospedaliera che territoriale di ASFO. Dopo le prime esperienze orientate alla tutela delle donne e dei minori ad esse accompagnate, è emersa la consapevolezza che, ad una certa età, le donne era come se scomparissero dalle valutazioni e che, in quanto anziane, non potessero più essere vittime di violenza né di abuso. Al contempo, ci si rese conto che era necessario implementare il riconoscimento di altre forme di abuso e maltrattamento, che avevano caratteristiche peculiari e riguardavano i molti soggetti anziani presenti in Provincia, ma che non venivano né riconosciute né denunciate. Da qui la necessità di formarsi e pensare ad un percorso dedicato.

I Pronto Soccorso, i reparti e le strutture protette diventano quindi *setting* privilegiati per il riconoscimento di persone che subiscono maltrattamenti e abusi. In questa visione è ancor più determinante la formazione specifica degli operatori/trici su un argomento generalmente poco conosciuto.

In ASFO il 15 gennaio 2023 è stata introdotta la figura dell'Infermiere di Continuità Assistenziale (ICA), incardinato organizzativamente nel PUA (Punto Unico d'Accesso), organo del Distretto Sanitario. L'ICA risponde all'esigenza di presa in carico precoce di quei pazienti che vengono accolti in Pronto Soccorso, non necessitano di ricovero in ospedale ma si trovano in una situazione di fragilità che non permette loro il rientro al domicilio in sicurezza. Pertanto, l'ICA governa le dimissioni protette, attuando un insieme di azioni che costituiscono il passaggio organizzato di un paziente da un *setting* di cura ad un altro. Proprio per il suo ruolo si interfaccia, in un dialogo a doppio senso, con numerosi Servizi e Istituzioni pubbliche e convenzionate. Il PUA, inoltre, essendo un servizio aperto al pubblico riesce a dare accoglienza e orientamento rispetto ai bisogni socio-sanitari e ai percorsi possibili in quello specifico territorio.

Sappiamo che i soggetti anziani vittime di violenza quasi mai accedono al servizio chiedendo aiuto perché non si riconoscono come vittima di violenza, oppure per timore di ripercussioni, o altro. L'infermiere che lavora al PUA ha, tuttavia, molteplici strumenti per intercettare gli/le anziani/e in situazioni di possibile maltrattamento, in quanto coinvolto in progetti che lo mettono costantemente in relazione con la popolazione anziana, disabile o fragile e con i loro familiari, ad esempio attraverso il Telesoccorso o il PRISMA-7, un progetto di screening regionale per individuare la fragilità nelle persone anziane (Friuli Venezia Giulia, 2022).

Nel maggio 2024 il GAV ha proposto un evento residenziale di una giornata sul maltrattamento negli anziani, a settembre ha predisposto un questionario anonimo sul grado di preparazione e conoscenza rispetto ai temi dell'abuso e maltrattamento nei soggetti anziani. Tale questionario è stato distribuito online al personale sanitario che opera al domicilio e nelle strutture intermedie (Residenze sanitarie, Ospedale di Comunità, Ospedale di Prossimità, Struttura Intermedie Polifunzionale).

Hanno risposto 136 operatori e operatrici; 86 non avevano mai fatto una formazione specifica, 50 ritenevano di essere stati adeguatamente formati (potrebbero coincidere con l'evento formativo tenutosi a marzo 2024); è emerso che gli operatori e le operatrici vedono e riconoscono il fenomeno, ma non sempre sanno come intervenire.

Nel secondo semestre del 2024, dopo l'evento formativo specifico sul riconoscimento della violenza sulle persone anziane, abbiamo potuto constatare una maggiore attenzione e segnalazione di eventi che riguardano questa problematica. I vissuti e i riferiti delle persone anziane con diagnosi di demenza sono difficili da valutare; tuttavia, l'operatore sensibilizzato pone un'attenzione particolare quando, ad esempio, diversi utenti provenienti da una stessa struttura, manifestino disagio nel rientrarvi. Inoltre, si è aperto un dialogo tra i servizi territoriali e l'ICA più dettagliato nel riportare vissuti e impressioni rispetto all'argomento dell'abuso. Questo permette al personale del PUA di raccogliere segnalazioni da più operatori e riconoscere una possibile situazione meritevole di attenzione e, così, attivare il medico di medicina generale, gli assistenti sociali o, se necessario, gli organi di Autorità Giudiziaria competenti.

In alcune situazioni, inoltre, si è potuti intervenire con progetti mirati (Telesoccorso per chiamata anche in caso di maltrattamento, monitoraggio domiciliare, accoglimento in Ospedale di Prossimità o RSA). Purtroppo, non tutte le situazioni hanno al momento trovato soluzione positiva perché se è difficile uscire dalla violenza da giovani, molto di più lo è uscire in età avanzata, anche se la si è subita per tutta la vita. Situazioni molto più delicate sono quelle in cui il maltrattante è un familiare stretto che riveste anche il ruolo di *caregiver*, perché in questi casi è complessa la denuncia del maltrattamento (paura di rimanere solo, necessità economica, legame affettivo) e le soluzioni possono non essere immediate (reperimento di figura sostitutiva, uscita dalla abitazione di proprietà, collocazione in altra struttura, ecc.).

Pertanto, riteniamo che la presenza dell'ICA, formato/a nel riconoscere gli specifici segnali di abuso e maltrattamento sulle persone anziane e fragili, ma anche i segni che possano far sospettare una violenza di genere, diventi elemento strategico nella rilevazione del fenomeno, con possibilità di intervento mirato e coordinato con i servizi territoriali istituzionali e non.

Rimane, tuttavia, la criticità delle risorse. Tale esperienza ci ha insegnato che la differenza la fanno i singoli che entrano nelle abitazioni, ma riteniamo che soprattutto le Istituzioni debbano avere la lungimiranza di mettere risorse umane in questi progetti e credere fermamente che la prevenzione si possa fare in molti modi, anche intercettando situazioni che apparentemente hanno poco a che fare con la salute, ma che sono strettamente connesse agli aspetti sociali e assistenziali. Inoltre, bisogna avere la capacità di motivare gli operatori e operatrici, valorizzandone le competenze e dando dei feedback positivi rispetto al lavoro fatto.

Riteniamo che questo progetto sia solo l'inizio di un percorso virtuoso, che non può far altro che giovare ai singoli e alla società.

Bibliografia

- Friuli Venezia Giulia. *PRISMA-7. Progetto di screening per individuare la fragilità nelle persone anziane*. Trieste: Friuli Venezia Giulia; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA38/>; ultima consultazione 28 febbraio 2025
- ISTAT. *Popolazione residente e dinamica della popolazione Anno 2023*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/12/CENSIMENTO-E-DINAMICA-DELLA-POPOLAZIONE-2023.pdf>; ultima consultazione 28 febbraio 2025.
- Italia. Ufficio Rapporti con l'Unione Europea della Camera dei Deputati. *Convenzione di Istanbul e la legge di autorizzazione alla ratifica*. Roma: Senato della Repubblica; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione2-h2_h22; ultima consultazione 28 febbraio 2025.

- Nocenzi M, Piloizzi A. Un “diverso” diritto alla salute nella visione intersezionale. In: Gaudi S, Falzano L, Piloizzi A (Ed.). *Epigenetics for WomEn: un progetto multicentrico per la prevenzione di precisione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/10). p. 33-39.
- Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, *et al.* *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2011. Disponibile all’indirizzo: <https://iris.who.int/handle/10665/107293>; ultima consultazione 28 febbraio 2025.
- Working Group on Elder Abuse. *Protecting our future*. Dublin: Department of Health and Children; 2002. Disponibile all’indirizzo: <http://hdl.handle.net/10147/46362>; ultima consultazione 28 febbraio 2025.
- World Bank. *Discussion Paper. Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Washington, DC: The World Bank; 1994. Disponibile all’indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf; ultima consultazione 28 febbraio 2025.
- WHO. *Brasilia declaration on ageing*. Geneva: World Health Organization; 1997.
- WHO. *Global status report on violence prevention*. Geneva: World Health Organization; 2014.
- WHO. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. Geneva: World Health Organization; 2013.
- WHO. *Violence against women: a priority health issue. Women’s health and development*. Geneva: World Health Organization; 1997.

‘CAMPO DEL TRATTAMENTO’ PER AUTORI DI VIOLENZA SESSUALE E RELAZIONALE: UN MODELLO CRIMINOLOGICO DI INTERVENTO TRA CARCERE E TERRITORIO

Francesca Garbarino, Paolo Giulini

Centro Italiano per la Promozione della Mediazione, Milano

Il tema delle pratiche trattamentali rivolte agli autori di reato nel contrasto alla violenza di genere appare di difficile diffusione, come peraltro è accaduto nel recente passato con riferimento a quello della tutela delle vittime. Il trattamento è poco riconosciuto e ne sono spesso contestate opportunità ed efficacia.

Nei confronti dei reati, è frequente la tendenza alla stigmatizzazione da parte dell'opinione pubblica. L'identificazione del 'mostro', preferibilmente straniero, sottende una difesa, un allontanamento da sé, di temi che "perturbano" (Freud, 1919), in quanto, pur se apparentemente estranei, riguardano profondamente ciascuno, quali quello della violenza o quello della cultura dell'ineguaglianza di genere, pervasiva in ogni ambito della società. Ciò consente di prendere le distanze, anche dalla responsabilità individuale e sociale, invece che affrontare il problema, riconoscendo, ad esempio, che proprio l'ambito della familiarità possa diventare quello più pericoloso. In tal senso appare riduttiva anche una lettura, meramente sociologica, della violenza quale espressione della cultura dell'ineguaglianza di genere.

Un approccio riduttivista, con riferimento alla violenza, appare inadeguato, ne danneggia la comprensione e la profondità e di conseguenza le modalità di intervento, risultando fuorviante.

È necessaria la considerazione di tutti gli aspetti implicati, grazie ad un paradigma di complessità.

A partire dagli anni novanta, si è evidenziato l'aspetto determinante di un approccio multidisciplinare e multidimensionale sul piano del contrasto alla violenza: pur se ogni ente, con i propri strumenti e le proprie competenze, è responsabile solo in relazione alla propria area operativa, nell'ambito dell'azione congiunta di contrasto, l'efficacia stessa degli interventi dipende anche dai collegamenti e dalle relazioni stabilite tra tutti gli attori operanti in quel determinato contesto. La Convenzione di Istanbul ha rinforzato tale assunto, ponendo i diritti delle vittime al centro di tutte le misure, che vanno attuate con una collaborazione efficace tra tutti gli enti a vario titolo coinvolti, e facendo riferimento ad un approccio "integrato" (Consiglio d'Europa, 2011)¹.

Nell'ambito della multidisciplinarietà nel contrasto alla violenza di genere, la Convenzione ha previsto² che gli Stati aderenti sostengano programmi di trattamento, recupero e

¹ La Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 ed aperta alla firma l'11 maggio 2011 a Istanbul, ratificata in Italia con la legge 77/2013, prevede infatti (art.18 co3) che le parti si assicurino che le misure adottate "siano basate su un approccio integrato che prenda in considerazione il rapporto tra vittime, autori, bambini e il loro più ampio contesto sociale".

² Convenzione di Istanbul, art. Articolo 16 – Programmi di intervento di carattere preventivo e di trattamento: Le Parti adottano le misure legislative e di altro tipo necessarie per istituire o sostenere programmi rivolti agli autori di atti di violenza domestica, per incoraggiarli ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli

accompagnamento dei soggetti responsabili di atti di violenza nelle relazioni affettive e di reati sessuali, al fine di favorirne il recupero e di limitare i casi di recidiva, evidenziando l'importanza di un lavoro coordinato con i servizi che si occupano di vittime. Come già evidenziato, infatti, la finalità ultima del trattamento è la tutela delle vittime.

Presentiamo qui l'esperienza trattamentale nei confronti degli autori di violenza di genere del CIPM (Centro Italiano per la Promozione della Mediazione).³ Intendiamo illustrare interventi e prassi maturate nel tempo, in rapporto ai cambiamenti sia culturali che normativi, anche contribuendovi.

Il CIPM ha pionieristicamente avviato tale attività nel 2005, proprio a partire dalla considerazione che un'effettiva tutela delle vittime comporti il coinvolgimento degli autori di reato⁴; ha sviluppato prassi efficaci, con riferimento a situazioni molto differenti, caratterizzate dalla violenza, episodica o frequente, psicologica, fisica, sessuale, dal reato perseguibile a querela fino all'omicidio, nel contesto delle dodici sedi regionali.

Sono stati implementati, in particolare, programmi trattamentali in ambito detentivo sin dall'anno 2005; tra questi, vanno evidenziati l'Unità di Trattamento Intensificato per autori di reati sessuali, tuttora operativa presso l'Istituto di reclusione di Milano-Bollate⁵, e l'Unità di Trattamento Intensificato per autori di violenza di genere, presso il medesimo Istituto di pena. Sono inoltre stati attivati programmi dapprima sul territorio milanese, nell'ambito del 'Presidio Criminologico Territoriale', specifico Servizio istituito su bando del Comune di Milano, a partire dall'anno 2009, e successivamente nell'ambito di progetti regionali, ministeriali ed europei.

L'approccio criminologico della cooperativa elettivamente garantisce una prospettiva di complessità multidisciplinare, interdisciplinare, sistemica e di rete, necessaria per offrire una lettura e un intervento adeguati (Ponti, 1995).⁶

Tale approccio parte dalla considerazione che non esista un 'tipo d'autore di reato', in quanto le persone non sono identificabili con il reato commesso, e 'personalità' e 'reato' non sono entità epistemologicamente assimilabili (Merzagora Betsos, 2009).⁷ La ricerca illustra inoltre come gli uomini violenti possano appartenere ai più diversi contesti, indipendentemente dal ceto socio-culturale ed economico e come la commissione dei reati sia caratterizzata dalla multifattorialità. Tendenzialmente, anche in connessione con una cultura ancora permeata dall'ineguaglianza di genere, i rei appaiono, nella maggior parte dei casi, convinti di essere dalla parte della legge e ritengono di 'fare giustizia', punendo chi, mancando loro di rispetto, l'ha violata, su cui spostano la responsabilità.

comportamentali violenti. Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per istituire o sostenere programmi di trattamento per prevenire la recidiva, in particolare per i reati di natura sessuale. Nell'adottare le misure di cui ai paragrafi 1 e 2, le Parti si accertano che la sicurezza, il supporto e i diritti umani delle vittime siano una priorità e che tali programmi, se del caso, siano stabiliti ed attuati in stretto coordinamento con i servizi specializzati di sostegno alle vittime.

³ Il CIPM è una cooperativa sociale che ha introdotto in Italia e promosso a livello internazionale le pratiche di Giustizia Riparativa fin dal 1995 e i programmi di trattamento per autori di reato a partire dal 2005.

⁴ La considerazione di entrambe le parti implicate nel reato costituisce un presupposto della giustizia riparativa.

⁵ ex art.115 DPR 230/2000; rispetto a tale lavoro si veda Giulini & Xella, 2011.

⁶ Consideriamo infatti la criminologia una scienza multidisciplinare che, in una prospettiva sintetica, mira ad integrare tra di loro le conoscenze confluenti da molteplici discipline e che ha come suo specifico oggetto lo studio dei fenomeni delittuosi, dei loro autori e delle connesse reazioni sociali.

⁷ La prima è infatti un fatto anche naturalistico, il secondo una costruzione umana.

La sanzione della legge è determinante, anche sul piano simbolico, in quanto sottolinea il fatto che l'abuso è reato e che vi è una responsabilità penale, dando un limite alle distorsioni cognitive del reo, ma anche della vittima, con un messaggio preciso⁸. Il rapporto con la legge è un punto centrale della presa in carico multidisciplinare.

La sola pena detentiva favorisce però un mero 'congelamento' delle criticità sottese al reato, che in particolare al momento del rientro in società tendono a riproporsi, e rischiano di costituire la premessa per una recidiva⁹.

L'attivazione di programmi trattamentali per i perpetratori, oggi previsti anche normativamente¹⁰, in carcere e sul territorio, appare pertanto fondamentale in una prospettiva di prevenzione della recidiva. Nell'ambito della prevenzione secondaria, la partecipazione al trattamento è possibile parallelamente al percorso giudiziario, in coordinamento con le norme specifiche, in fase di indagini e in fase di esecuzione della pena, in ambito territoriale o detentivo.

Si fa riferimento ad un trattamento¹¹, non ad una terapia¹², in quanto presupposto della partecipazione a tali programmi è la commissione di un reato, non una patologia.

⁸ Alcuni traguardi decisivi in questo senso sono stati nel 1996 l'inclusione dei reati sessuali in quelli contro la libertà individuale, invece che contro la morale pubblica, e più recentemente, nell'ambito di un'evoluzione normativa lunga e complessa, caratterizzata per lo più da un approccio di natura emergenziale, appaiono significativi l'evoluzione giurisprudenziale relativa al reato di cui all'art. 572 C.P., "maltrattamenti intrafamigliari", che punisce attualmente anche chi commette condotte di violenza psicologica, la Legge 38/2009, infine la Legge 69/2019.

⁹ L'alto rischio di recidiva è inoltre favorito dal fatto che la detenzione tende a rinforzare i sentimenti di rabbia e la percezione di sé come vittima, nonché dalla circostanza, emergente dalle statistiche, del frequente ritorno in famiglia degli autori di reati intrafamigliari. Patricia Scotland, fondatrice e presidente di 'Eliminate Domestic Violence Global Foundation' (EDV GF), che ha introdotto un metodo olistico grazie al quale, secondo i dati, la violenza domestica è diminuita nel Regno Unito del 64%, riferisce ad esempio che quasi il 50% delle donne allontanate da casa tornano dal compagno dopo che lo stesso ha espiato la pena e riprendono la relazione (Agnello Hornby & Calloni, 2013).

¹⁰ L'art. 15 e 16 della Convenzione di Lanzarote (2007) e l'art. 16 della Convenzione di Istanbul (2011), in particolare, prevedono l'adozione di misure legislative che sostengano programmi di trattamento (cfr. nota n.1). Numerose norme sono state introdotte in merito, progressivamente, in Italia; ci riferiamo, in particolare, all'art.13 bis O.P. (Legge 38/2009), all'art.282 quater c.p.p. (Legge 119/2013), all'art.165 co.V C.P. (Legge 69/2019).

¹¹ Cfr. Art.16 Convenzione di Istanbul. Il termine è indicato già dall'Ordinamento Penitenziario (art.13), che a fronte di una condanna definitiva prevede l'applicazione di un programma individualizzato. Il concetto di trattamento in ambito penitenziario ha subito nel tempo diverse trasformazioni. Se nella prima formulazione faceva riferimento ad un modello positivista, mirato alla rieducazione e al cambiamento del condannato, nello sviluppo più recente, in particolare nelle prassi del CIPM, ha assunto una connotazione più prossima alla giustizia riparativa.

¹² Dalle ricerche emerge come tra gli autori di violenza di genere la malattia mentale non sia più diffusa che nella popolazione generale e come non sia possibile tracciare un profilo psicologico né individuare una categoria psicodiagnostica specifica che caratterizzi gli autori di violenza. Cfr., in particolare, Eures, 2014, e Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, 2022, Doc XXII bis n. 15 - Relazione finale sull'attività della Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, p.188. Va peraltro evidenziato che il ricorso alle categorie diagnostiche consente l'eventuale individuazione di aspetti psicopatologici nell'assetto della personalità, ma rischia di favorire una patologizzazione dell'autore di reato e, ancora una volta, una lettura riduttiva della violenza, nonché una stigmatizzazione dello stesso e un allontanamento dall'assunzione della responsabilità. Una terapia, invece che un 'trattamento', presupporrebbe il bisogno della persona "di una cura per una patologia che l'ha indotta a delinquere" e postulerebbe la verifica dell'imputabilità, nonché una domanda di aiuto, che tendenzialmente gli autori di reato violento non formulano.

L'esperienza del CIPM, anche a seguito di confronti a livello internazionale, evidenzia come solo una prospettiva criminologica¹³ sia adeguata per l'effettuazione dei programmi trattamentali. È necessario che vengano affrontati i temi connessi alla criminogenesi ed alla criminodinamica con una lettura multidisciplinare ed integrata, affrontando in particolare il tema della cultura dell'ineguaglianza di genere.

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

Proprio al fine di meglio garantire la sicurezza delle vittime, prevenendo la recidiva, è necessario che gli interventi rivolti agli autori di violenza prevedano un'attenta valutazione del rischio, in una prospettiva di integrazione multidisciplinare.

L'esperienza trattamentale con gli autori di reato ha evidenziato la necessità di inserimento della stessa nell'ambito di una cornice più ampia, denominata "campo del trattamento" (Giulini & Scotti, 2013), costituito da luoghi fisici, rappresentati dagli Istituti di pena in cui sono attivi gli interventi promossi dal CIPM¹⁴ e dai servizi deputati alla presa in carico extramoenia¹⁵, che favoriscono la predisposizione ad un'esperienza emotiva e di riflessione. La trasformazione da luoghi fisici a luoghi "della mente" costituisce uno degli obiettivi del lavoro trattamentale ed è resa possibile proprio da una continuità nella presa in carico dell'autore, che assicura una benevola prevedibilità epistemologica, imprescindibile elemento di accoglienza e cambiamento per lo stesso.

Il concetto di 'campo del trattamento' offre la possibilità di strutturare un ponte tra interno ed esterno al carcere. Si crea in tal modo un processo longitudinale di sorveglianza e prevenzione in cui il reo viene inserito, anche per favorire una presa di contatto ed un'alleanza sia con gli operatori trattamentali che con le risorse esterne di riferimento, in una prospettiva di 'controllo benevolo'. L'aggettivo 'benevolo' evidenzia l'aspetto di opportunità per il soggetto, di azione protettiva, non intrusiva, in vista di un implemento delle proprie risorse relazionali, lavorative e sociali, finalizzate al cambiamento verso uno stile di vita maggiormente funzionale.

L'attività trattamentale viene attuata dal CIPM, nell'ambito di una presa in carico multidimensionale e con un'equipe multidisciplinare, nella prospettiva di funzionamento di rete interdisciplinare tra Servizi ed istituzioni deputati alla presa in carico dei soggetti coinvolti, che garantisca una valutazione effettuata da differenti prospettive, funzionale alla complessità del tema e alle caratteristiche degli autori di questi tipi di reato.

Il lavoro di rete¹⁶ è inteso come unione delle risorse, istituzionali e naturali, finalizzata alla convergenza in azioni condivise, in risposta ad una domanda individuale o collettiva, a fronte di un dato bisogno. È necessario che tutto il sistema istituzionale, dei servizi, del terzo settore,

¹³ Il trattamento criminologico, introdotto in Italia dal CIPM e seguito anche dal SAVID, presso l'Università degli Studi di Milano, prevede una co-conduzione mista, criminologico-giuridica e psicologica.

¹⁴ Si fa riferimento in particolare alla Casa di Reclusione di Milano-Bollate, alla Casa di Reclusione di Milano-Bollate, alla Casa circondariale di Milano san Vittore, alla Casa circondariale di Monza.

¹⁵ Si tratta del "Presidio criminologico territoriale", gestito da CIPM su bando del Comune di Milano a partire dal 2009, e del "progetto UOMo-Uomini, orientamento e monitoraggio", su bando di Regione Lombardia ATS-Città metropolitana di Milano, gestito da CIPM quale capofila e da Fondazione Somaschi onlus.

¹⁶ La Legge quadro n. 328 dell'8 novembre 2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali prefigura un sistema a rete dei servizi, ovvero un sistema di coordinamento degli attori per la formulazione e l'implementazione di politiche e interventi, con l'obiettivo di "ottimizzare le risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte".

risponda alla violenza domestica con modalità appropriate e che i centri specializzati per le vittime e quelli rivolti agli autori dei reati siano inseriti in una rete di collegamenti tra le varie agenzie coinvolte, prevenendo il rischio di ricadute in spirali criminogene.

Affinché le vittime possano trovarsi in una condizione di sicurezza e gli autori di reati nei confronti delle donne riescano ad affrontare le proprie responsabilità, sono infatti necessarie azioni multidisciplinari, che consentano, parallelamente alla messa a fuoco delle questioni specifiche riguardanti le vittime, l'individuazione da parte dei servizi delle situazioni di violenza agite da uomini, la motivazione di questi al cambiamento e l'invio ai Centri specializzati.

La valutazione del rischio, attuata in rete, deve includere il maggior numero possibile di fonti di informazione, consentendo di cogliere differenti prospettive al fine di garantire la sicurezza della vittima, come previsto dall'art. 51 della Convenzione di Istanbul. Allo scopo, sono utilizzati i test considerati unanimemente più validi in letteratura, solo a scopo clinico¹⁷, non validati in Italia; con riferimento agli autori di reato sessuale, il CIPM ha effettuato la validazione dei due test canadesi maggiormente impiegati in letteratura per la previsione del rischio di recidiva sessuale deviante¹⁸.

Una delle maggiori criticità dei programmi trattamentali, rilevata a livello nazionale ed europeo, è la scarsità di ricerche significative in merito all'analisi degli esiti dei percorsi, a causa della difficoltà ad isolarne le variabili, del numero oscuro anche rispetto alla recidiva, nonché della non univocità della definizione di “buon” risultato e dell'impossibilità di accesso a strumenti e prassi adeguate. Una lacuna fondamentale riguarda, in particolare, la raccolta dei dati a livello giudiziario, con la conseguente impossibilità di confrontare ed incrociare quelli relativi alla recidiva¹⁹. Rispetto a tale item, peraltro, la letteratura internazionale riporta come la valutazione ne richieda un'attività di follow-up ad anni di distanza. A fronte di tali premesse, il CIPM ha effettuato alcune ricerche con diversi criteri di riferimento²⁰.

Tra queste, nel 2024 è stata pubblicata quella inerente al Protocollo Zeus (Ranghetti *et al.*, 2024), che costituisce un esempio di rete tra Istituzione e centri di trattamento per gli autori di violenza.²¹ L'istituto dell'ammonimento del Questore consiste in un avvertimento rivolto allo stalker²² o a chi si rende responsabile di percosse o lesioni lievi nell'ambito della violenza domestica²³, informandolo della possibilità di sottoporsi a un programma di prevenzione organizzato dai servizi socio-assistenziali del territorio²⁴, favorendo l'aggancio al trattamento. Nello specifico, il Protocollo prevede l'invio dei casi agli operatori del CIPM; la valutazione criminologica consente l'individuazione delle situazioni ad alto rischio ed un lavoro congiunto di monitoraggio con le Forze dell'Ordine.

¹⁷ Nell'ambito del progetto UOMo, si è concordato di utilizzare il test “SARA”, già diffuso in tutti i servizi e le Istituzioni coinvolti.

¹⁸ Ci si riferisce ai test Static 99 R e Stable 2007 (test di valutazione del rischio validati).

¹⁹ Rispetto a tali considerazioni, cfr. “White paper on child sex offenders” (ACSE Project, 2015).

²⁰ Tra queste, negli anni 2005-2011 quelle relative a sette annualità dell'UTIS presso il carcere di Bollate, effettuata dal Centro CRIDEE dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, quella effettuata dal CRIDEE relativa al progetto europeo ENABLE nel 2021 e quella effettuata dall'Osservatorio ADV dell'Università Bicocca di Milano nell'ambito del progetto UOMo nel 2024.

²¹ Nell'aprile del 2018 è stato firmato il primo protocollo tra la Questura di Milano e il CIPM, che prevede l'invio dei soggetti ammoniti all'equipe multidisciplinare della Cooperativa, per l'effettuazione di colloqui volti a “favorire la consapevolezza del disvalore sociale e della lesività delle condotte prevaricatorie e violente, e a prevenire la recidiva”.

²² ex art. 8 Legge 38/2009.

²³ ex art.3 Legge 119/2013.

²⁴ Si tratta di una misura di prevenzione a tutela della vittima, nella prospettiva di scoraggiare atteggiamenti violenti che, potrebbero preludere a fatti di reato, rischiando una successiva escalation (cfr. Garbarino & Giulini, 2020).

Il CIPM è stato capofila del progetto europeo Enable, mirato alla validazione degli esiti del protocollo Zeus, nell'ambito di undici Questure italiane²⁵, che ha previsto una ricerca, qualitativa, guidata dal CRidee (Centro di Ricerche sulle Dinamiche Evolutive ed Educative-Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano) (Ranghetti *et al.*, 2024) in relazione in particolare all'utenza presa in carico, agli interventi effettuati e all'efficacia degli stessi, da cui è emersa una generalizzata²⁶ e differente, in relazione alle diverse Questure, diminuzione della recidiva e in particolare, rispetto agli ammoniti, l'ancoramento a visioni stereotipate delle relazioni tra i generi.

Una ricerca è stata effettuata anche nell'ambito del progetto "UOMo: Uomini, orientamento e monitoraggio"²⁷, che prevede la sperimentazione nell'ambito delle otto reti antiviolenza della Città metropolitana di Milano di un modello di rete, multidisciplinare e interistituzionale, basato sull'integrazione operativa tra tutti gli enti, con l'obiettivo di strutturare un sistema di presa in carico destinato a uomini autori di violenza, mirato alla prevenzione primaria e secondaria.

Nell'ambito del progetto, sono state formalizzate alcune procedure, quali il primo Protocollo con il Tribunale di Milano in relazione all'invio dei casi al trattamento, e il CUAV²⁸ capofila, CIPM, è stato inserito tra i soggetti della Rete Antiviolenza di Milano.

Nei primi due anni sono stati affidati all'Università Bicocca (Calloni *et al.*, 2025) il monitoraggio degli interventi trattamentali e l'elaborazione di Linee Guida relative all'attività di rete.

L'intervallo temporale di durata del progetto è risultato troppo limitato per permettere di raccogliere una quantità di dati sufficiente a condurre analisi significative²⁹; ciononostante, è stato possibile giungere a una prima, parziale, generalizzazione dei risultati, anche considerando l'incremento di informazioni raccolte nella seconda annualità e l'alta qualità dei dati raccolti³⁰.

²⁵ Oltre alla Questura di Milano, hanno partecipato al progetto europeo, attuato nell'anno 2022, quelle di Bari, Cagliari, Genova, Roma, Piacenza, Prato, Verona e Vicenza, assieme alle relative rappresentanze regionali dei CIPM. La Divisione Centrale Anticrimine ha nel frattempo esteso l'attuazione del Protocollo in altre 80 Questure a livello nazionale.

²⁶ I dati provengono dal Ministero dell'Interno (Dipartimento della pubblica sicurezza - Direzione centrale della polizia criminale) e sono stati elaborati dalla direzione centrale anticrimine della Polizia di Stato. Nel 2022 sono stati ammoniti 3.654 individui (rispetto ai 2.886 del 2021), dei quali il 78% risultano essere italiani. Inoltre, nel 2022 i recidivi sono stati il 9,7% (rispetto al 14,8% del 2021). Dalla ricerca qualitativa è emerso che gli assetti valoriali degli ammoniti, desunti dalla parte qualitativa della ricerca, rimangono ancorati a visioni stereotipate dei ruoli maschile e femminile, e delle relazioni tra i generi. La portata culturale del fenomeno della violenza di genere risulta evidente dai dati qualitativi raccolti, e sollecita a comprendere la dimensione educativo/culturale nelle strategie di contrasto.

²⁷ Ideato e attuato nel 2021 su bando di Regione Lombardia da 'ATS Città Metropolitana di Milano' e da un partenariato di enti operativi nell'ambito del trattamento degli autori di violenza. Capofila del progetto è la Cooperativa Sociale CIPM, partner Fondazione Somaschi Onlus. I casi inerenti alla prevenzione secondaria e terziaria sono presi in carico dal CIPM (o da SAVID, presente nei primi due anni del progetto), che adotta un approccio criminologico, mentre i casi attinenti alla prevenzione primaria afferiscono in particolare a Fondazione Somaschi che adotta un approccio educativo.

²⁸ La denominazione CUAV (Centri per Uomini Autori di Violenza) è prevista dall' art. 1 Repertorio atto n. 184/CSR - Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi dei centri per uomini autori di violenza domestica e di genere', che ne prevede i requisiti minimi.

²⁹ Ad esempio, peraltro, la maggior parte degli uomini ha contattato il CeOM nella seconda annualità del progetto; va inoltre considerato che il periodo di valutazione precedente alla presa in carico può durare anche alcuni mesi.

³⁰ L'équipe di ricerca ha elaborato una matrice (la "scheda CeOM") pensata come il principale strumento di monitoraggio dei singoli interventi, attraverso la raccolta di dati. È stato possibile monitorare 46 percorsi; il monitoraggio ha permesso di individuare cambiamenti in positivo rispetto a 8 indicatori.

È emerso ad esempio che nel corso del trattamento si è registrato un aumento della motivazione intrinseca nel 65% dei casi; tale dato appare significativo in relazione anche all'alta strumentalità nell'intraprendere i percorsi connessi alle pendenze giudiziarie, in quanto sembrerebbe evidenziare come il percorso possa comunque favorire una maggiore consapevolezza.

Un altro dato interessante rivela come nel 32% dei casi il trattamento sia parso funzionare come fattore di contenimento del rischio.

Tra le "Raccomandazioni per la redazione di Linee Guida", è stato evidenziato come i dati raccolti con il sistema di monitoraggio e valutazione possano rappresentare la base per far conoscere le attività e i risultati dei CUAV agli altri soggetti della rete, le relazioni con i quali, in particolare con i CAV³¹, continuano a costituire un nodo critico, e, più in generale, agli altri attori del sistema antiviolenza, alla società civile, ai decisori politici e ai finanziatori, nonché per avviare un confronto, interno alle reti, sulla definizione di "efficacia" dei percorsi³².

A conclusione della descrizione dei programmi trattamentale rivolti agli autori di violenza, in una prospettiva multidisciplinare, e alle difficoltà connesse alla diffusione degli stessi, non si può che rinviare alle considerazioni iniziali, riproponendo il tema del piano culturale del contrasto alla violenza di genere.

Siamo consapevoli della circostanza che l'importanza del senso e dell'efficacia del trattamento nei confronti degli autori di reato costituisca forse l'aspetto più complesso da trasmettere.

L'effetto di tale prassi sulla tutela delle vittime, proprio in quanto spezza il cosiddetto ciclo della violenza, non appare infatti comprensibile in modo immediato, ma richiede una più articolata riflessione, a fronte della già evidenziata tendenza ad una semplificante stigmatizzazione.

La diffusione a livello sociale e culturale di una cultura trattamentale appare fondamentale, nella prospettiva di favorire e sostenere un maggior accesso ai programmi da parte di chi sia a rischio di atti violenti e di chi ne abbia commessi, tendenzialmente restio ad approcciarvisi.

Possiamo definire tale diffusione "educazione etica", necessario "anticorpo culturale" (Zoja, 2009) alla diffusione della violenza.

Bibliografia

Garante dei Diritti dei Detenuti della Regione Lazio (Ed.). *Libro bianco: White paper on child sex offenders. Trattamento e profilo diagnostico degli autori di reati sessuali a danno di minori online per la prevenzione e il contrasto del fenomeno* (Progetto ACSE HOME/2012/ISEC/AG/4000004373). Unione Europea, Directorate-General Home Affairs; 2015. Disponibile all'indirizzo:

Complessivamente, 20 uomini su 46 hanno registrato miglioramenti su almeno 5 indicatori degli 8 presi in esame.

³¹ acronimo di "Centri Antiviolenza" che sostengono le vittime di violenza di genere.

³² Tali considerazioni sono basate su un'analisi condotta a partire dalle interviste e dai focus group con i partner e gli stakeholder e focalizzata sulle criticità e le opportunità nelle relazioni tra i CUAV e gli altri attori, pubblici e del privato sociale, impegnati nella prevenzione e nel contrasto della violenza maschile contro le donne, che, in particolare, ha offerto alcuni spunti di riflessione in relazione ai rapporti con i servizi sociali, i centri antiviolenza e i soggetti dell'area giudiziaria, ossia tribunali e avvocati. È emersa, in particolare, la rappresentazione di una relazione ancora conflittuale tra CAV e CUAV, che scontano probabilmente una contrapposizione reciproca. Infatti, non sono solo i *focus* ad essere diversi, ma lo sono radicalmente gli *standpoint*, le prospettive, le priorità e le metodologie adottate. Per esempio, nelle rappresentazioni delle operatrici dei CAV sono cruciali l'autonomia e il rispetto delle decisioni e dei tempi delle donne, di cui va ricostruito e mantenuto il protagonismo in ogni momento (Pietrobelli *et al.*, 2020, Busi *et al.*, 2021). Dal canto loro, i CUAV assumono un approccio più direttivo (Demurtas & Peroni, 2021).

- <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/1461761269Libro%20Bianco%20ACSE%20italiano.pdf>; ultima consultazione 27 marzo 2025.
- Agnello Hornby S, Calloni M. *Il male che si deve raccontare per cancellare la violenza domestica*. Milano: Feltrinelli; 2013.
- Busi B, Pietrobelli M, Toffanin AM. La metodologia dei centri antiviolenza e delle case rifugio femministe: rappresentazioni e pratiche di una «politica sociale di genere». *Rivista delle politiche sociali* 2021; 3:23-38.
- Consiglio d'Europa. *Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica*, approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 aprile 2011 ed aperta alla firma l'11 maggio 2011 a Istanbul, ratificata in Italia con la legge 77/2013.
- Calloni M, Gadda A, Pietrobelli M, Toffanin A. *Progetto UOMO. Costituzione di un sistema operativo integrato per Centri per Uomini Autori di Violenza e Linee Guida di rete per la presa in carico di uomini autori di violenza*. Milano; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://adv.unimib.it/wp-content/uploads/sites/134/2025/02/Progetto-UOMO-Risultati-e-Linee-Guida-Sintesi.pdf>; ultima consultazione 27 marzo 2025.
- Conferenza Stato-Regioni. *Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi dei centri per uomini autori di violenza domestica e di genere (Repertorio atto n. 184)*. Roma, 2022.
- Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio. *Relazione finale sull'attività della Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio (Doc. XXII-bis, n. 15)*. Roma, 2022.
- Consiglio d'Europa. *Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei bambini contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote)*. Consiglio d'Europa, Lanzarote, 2007.
- Demurtas P, Peroni C. *Relazione sull'indagine di campo per la definizione di un insieme obiettivo di standard quali-quantitativi per i servizi specialistici e generali: I programmi di intervento rivolti agli autori di violenza*. Roma: CNR-IRPPS; 2012. Disponibile all'indirizzo: <https://viva.cnr.it/wp-content/uploads/2022/03/deliverable13b-relazione-indagine-campo-pum.pdf>; ultima consultazione 27 marzo 2025.
- Eures Ricerche Economiche e Sociali. *Secondo Rapporto sul femminicidio in Italia. Caratteristiche e tendenze del 2013*. Roma, novembre 2014. Disponibile all'indirizzo: https://www.publicpolicy.it/wp-content/uploads/2014/11/EURES_FEMMINICIDIO-2014_EMBARGO-19_11-ORE-10.pdf; ultima consultazione 27 marzo 2025.
- Freud S. *Il perturbante*. (1919) In: Opere (Vol. X). Torino: Bollati Boringhieri, 2019
- Garbarino F, Giulini P. La violenza nelle relazioni strette. L'esperienza di giustizia riparativa del CIPM (Centro Italiano per la Promozione della Mediazione. In: Pezzini B, Lorenzetti A (Ed.). *La violenza di genere dal codice Rocco al codice rosso*. Torino: Giappichelli; 2020. p. 1863-83.
- Garbarino F, Giulini P. Interventi di giustizia riparativa nella prevenzione della lesività delle condotte persecutorie. *Rivista Psicobiettivo*. 2019;39(1):101-109.
- Giulini P, Xella C (Ed.). *Buttare la chiave. La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali*. Milano: Raffaello Cortina Ed.; 2011.
- Giulini P, Emiletti L. Treatment for sex offenders in prison. The experience of the intensified treatment unit in Milano-Bollate prison. *Rassegna Italiana di Criminologi* 2018;(3):247-253.
- Giulini P, Scotti A. Il campo del trattamento del reo sessuale tra ingiunzione terapeutica e controllo benevolo. *Rivista di Medicina Legale e delle Assicurazioni* 2013;4:1863-1883.
- GREVIO Commission. *Baseline Evaluation Report – Italy*. Strasbourg; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://rm.coe.int/grevio-report-italy-first-baseline-evaluation/168099724e>; ultima consultazione 27 marzo 2025.

- ISTAT. *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Comunicato Stampa. 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 27 marzo 2025.
- ISTAT. *Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale*. Comunicato Stampa. Anno 2018. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/files//2019/11/Report-stereotipi-di-genere.pdf>; ultima consultazione 27 marzo 2025.
- Lorenzetti A. *Giustizia riparativa e dinamiche costituzionali. Alla ricerca di una soluzione costituzionalmente preferibile*. Milano: Franco Angeli; 2018.
- Merzagora Betsos I. *Uomini violenti. I partner abusanti e il loro trattamento*. Milano: Raffaello Cortina; 2009.
- Pietrobelli M, Toffanin AM, Busi B, Misiti M. Violence against women in Italy after Beijing 1995: the relationship between women's movement(s), feminist practices and state policies. *Gender & Development*. 2020;28(2):377-92.
- Ponti G. *Compendio di criminologia*. Milano: Raffaello Cortina; 1995.
- Ranghetti F, Miragoli S, Giulini P, Rho B, Emiletti L, Contino M, Tassone E, Battaglia U, Corbucci E, Merli S, Murru S, Milani L. Early network-based action against violent behaviors to leverage victim empowerment: results from an action-research plan. *Psychological Research Journal*. 2024; 47(3):7-30.
- Regione Lombardia. *Secondo Piano Quadriennale Regionale Antiviolenza 2020–2023*. Milano: Regione Lombardia; 2020.
- Toffanin AM. *La ricerca sulla violenza maschile contro le donne. Una rassegna della letteratura*, deliverable n. 7 del progetto ViVa, CNR-IRPPS, 2019. Roma; 2020 Disponibile all'indirizzo: <https://viva.cnr.it/wp-content/uploads/2019/08/deliverable07-ricerca-sulla-violenza-maschilecontro-donne-rassegna-della-letteratura.pdf>; ultima consultazione 27 marzo 2025.
- Zoia L. *Contro Ismene*. Torino: Bollati Boringhieri; 2009.

COMUNICARE LA VIOLENZA COME PROBLEMA DI SANITÀ PUBBLICA: LA PROGETTAZIONE DEL SITO PER *EPIGENETICS FOR WOMEN*

Antonella Piloizzi

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

Introduzione

La società in rete (Castells, 1996) descrive, già dai suoi albori, l'emergere di una nuova realtà come prodotto della rivoluzione digitale che si concretizza nel grande sviluppo delle tecnologie di comunicazione e nell'uso generalizzato di Internet.

La consapevolezza della centralità delle reti di comunicazione con i relativi impatti sociali ed economici, insieme all'uso di concetti come quello di *rete globale* e di *informazione e comunicazione digitale* sono diventati elementi costitutivi per descrivere la realtà della comunicazione anche nell'ambito sanitario.

Con lo sviluppo della rete e della tecnologia le informazioni e le conoscenze in ambito sanitario (dai dati dei pazienti ai risultati degli studi) possono essere condivise rapidamente a livello globale e gli stessi pazienti possono accedere a informazioni, certificazione e risorse attraverso piattaforme digitali, tanto che i flussi di informazioni attraverso le reti globali hanno trasformato la struttura e le procedure dei sistemi sanitari. Infatti, la sanità ha conosciuto una profonda trasformazione, ancora in corso, grazie all'introduzione delle reti digitali, che hanno cambiato il modo in cui le persone accedono alle cure, alle informazioni e si mettono in contatto con i professionisti della salute.

Pertanto, è fondamentale riconoscere quanto Internet abbia modificato la comunicazione sanitaria permettendo la distribuzione rapida delle informazioni sulla salute, la connessione tra esperti e cittadinanza e la promozione di nuove pratiche sanitarie digitali.

Anche in questo ambito possiamo rilevare comunque dei pericoli come le disuguaglianze digitali (Lanier, 2013) e le sfide legate all'affidabilità delle informazioni e nel contesto sanitario, queste problematiche possono avere conseguenze rilevanti.

Siti dedicati alla salute

I siti dedicati alla salute sono costantemente e tradizionalmente studiati dalla scienza della comunicazione che approfondisce gli approcci e le modalità con cui l'informazione sanitaria viene trattata e presentata online (Mark & Smith 2003). La salute viene comunicata, diffusa e consumata su Internet ed è quindi importante analizzare la qualità dell'informazione sanitaria online, l'affidabilità delle fonti e l'effetto delle informazioni sulla salute nella cittadinanza, questi studi hanno già una grande tradizione (Fontaine *et al.*, 2019).

Dalla rete ai sistemi mediali ibridi per la violenza problema di salute pubblica

La comunicazione online si affianca ad un uso istituzionale dei media tradizionali. Gli scienziati della comunicazione hanno sviluppato approfondimenti e studi di un sistema mediale *ibrido* che si riferisce a un ambiente in cui i media tradizionali (televisione, radio, stampa) si integrano e interagiscono con i media digitali (Internet, social media). Questo fenomeno è caratterizzato dalla convivenza di diverse forme di comunicazione che si influenzano reciprocamente, creando un sistema più complesso e dinamico (Parisi & Ruggero 2018).

Le istituzioni sanitarie si distinguono per l'uso di una modalità di comunicazione *ibrida*, in cui troviamo una combinazione di media tradizionali e digitali per diffondere informazioni e promuovere la salute pubblica.

Lo studio multicentrico e transdisciplinare dell'Azione Centrale "Violenza sulle donne: effetti a lungo termine sulla salute per una prevenzione di precisione" e il lavoro sviluppato nell'abito del Progetto *Epigenetics for WomEn* (EpiWE) arricchisce il campo di un nuovo elemento strutturale e ontologicamente essenziale, che ha un notevole impatto sulla vita delle donne che ne sono vittima: l'esposizione alla violenza di genere; in particolare analizzata e studiata come determinante di salute. I determinanti di salute sono i fattori esterni che influenzano le condizioni di salute e la violenza di genere inizia ad essere inserita nelle Relazioni ufficiali del WHO che si occupano di determinanti di salute:

Gender-based violence remains widespread. In 2019, globally, 20% of women aged 20-24 were married before the age of 18, nearly half of married women lacked decision-making power over their sexual and reproductive health, and 35% of women aged 15-49 had experienced physical or sexual violence (WHO, 2025).

La salute segue un chiaro gradiente sociale, cioè la correlazione diretta tra la posizione socioeconomica e lo stato di salute: chi si trova in condizioni socio-economiche svantaggiate presenta maggiori rischi di malattia e mortalità, indipendentemente da genetica o accesso alle cure. Affrontare i determinanti sociali della salute è essenziale per ridurre le disuguaglianze. Il WHO stimola e sostiene i Paesi nello sviluppo e nell'implementazione di politiche mirate a migliorare l'equità sanitaria attraverso interventi sui fattori sociali (WHO, 2025).

La dimensione biologica si intreccia con quella sociale e per riuscire a comprendere e comunicare questa complessità è essenziale utilizzare un *approccio intersezionale*, dove i diversi fattori delle soggettività come classe, genere ed età si incrociano e si modellano a vicenda come moltiplicatori di esclusione e disuguaglianza:

L'approccio intersezionale consente di comprendere come ogni individuo sia portatore di più elementi che lo caratterizzano e differenziano dagli altri: a seconda di ruolo e posizione sociale ogni soggetto può avere/vivere diverse condizioni che possono anche giocare da moltiplicatore di discriminazione. Classe, genere, disabilità e sessualità, tra gli altri, si attraversano e si influenzano a vicenda all'interno di strutture e processi dove i soggetti agiscono, disegnando profili di attori sociali molteplici che cambiano a seconda del soggetto, del contesto, della specifica azione (Nocenzi & Pillozzi, 2024).

L'approccio olistico e intersezionale in sanità è un modello può essere usato efficacemente anche nella comunicazione.

Progettazione del sito EpiWe

Nell'ambito dell'Unità Operativa 2 del progetto CCM-Azione Centrale "Violenza sulle donne: effetti a lungo termine sulla salute per una prevenzione di precisione" per l'Obiettivo Specifico 5 è stata proposta una prima versione del progetto del sito dedicato EpiWe.

La violenza è riconosciuta come un serio problema di salute pubblica in quanto ha impatti diretti sulla salute fisica, psicologica ed emotiva delle vittime (WHO, 2016).

Il sito, di cui in questa sede si illustra brevemente la struttura, ha quindi il fine di spiegare come la violenza colpisca non solo individualmente, ma anche la società nel suo complesso.

In quanto, è necessaria la presa in carico della donna vittima di violenza da parte del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regionale.

In Tabella 1 sono riportati gli obiettivi del sito per una fruizione efficace da parte dell'utenza.

Tabella 1. Obiettivi del sito EpiWe

Obiettivo	Descrizione
Fornire informazioni chiare ed esaustive sul progetto	Fornire informazioni scientifiche sul progetto in corso, sul percorso scientifico che attraverso uno schema che rispecchia la temporalità illustra il passato, il presente e il futuro
Facilitare l'arruolamento delle donne che desiderano partecipare al progetto	Fornire informazioni esaustive sulle modalità di arruolamento delle donne che desiderano partecipare al progetto
Educazione e sensibilizzazione	Fornire informazioni scientifiche e statistiche sulla violenza come problema di sanità pubblica, rendendo chiaro il suo impatto sulla salute globale delle vittime.
Risorse facilmente accessibili	Offrire link, pubblicazioni scientifiche e contatti utili
Prevenzione	Fornire materiale sulla conoscenza e la prevenzione della violenza contro le donne, sia a livello individuale che comunitario.
Integrazione in sanità	Creare una sezione dedicata per la promozione di sinergie tra istituzioni

Partendo dagli obiettivi in tabella è stata progettata la struttura del sito web.

Dall'*homepage* il sito web si sviluppa in tre Sezioni: Passato, Presente e Futuro, che corrispondono alle fasi del progetto (Figura 1).

In evidenza sarà presente una informativa chiara e concisa sulla tematica della violenza contro le donne, analizzata e illustrata come problema di sanità pubblica, inoltre ogni sezione sarà corredata da documentazione dedicata:

- Documenti di interesse;
- Informazioni per l'arruolamento al progetto (con link attivi);
- Pubblicazioni scientifiche;
- Rassegna Stampa;
- Elenco siti web di interesse con i link attivi e contenuti multimediali.

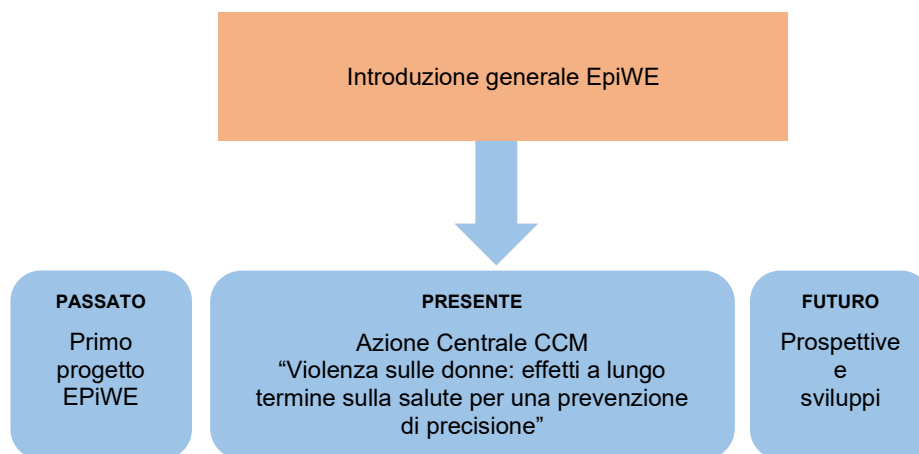


Figura 1. Schema della struttura del sito web ideata nell’ambito dell’UO 2 del Progetto EpiWE

Il sito web EpiWe rientra nell’ambito della comunicazione istituzionale per cui è necessario utilizzare tecnologie e funzionalità opportune:

- *design responsive*: il sito deve essere accessibile da dispositivi mobili e desktop;
- *accessibilità*: il sito deve essere facile da navigare anche per persone con disabilità;
- *anonimato*: possibilità di offrire una modalità di interazione anonime per le vittime di violenza per eventuali forum di supporto sicuro o chat dal vivo.

Progettare un sito possa essere consultato facilmente e ricco di informazioni e conoscenza rientra pienamente nello spirito del progetto. In quanto, l’accessibilità digitale è un imperativo di giustizia sociale: trasformare siti, app e servizi in strumenti realmente e facilmente fruibili significa tradurre il diritto in esperienza concreta. Dalla Legge 4/2004 al DL.vo 82/2022, la normativa italiana traccia un percorso verso una partecipazione digitale inclusiva, che riconosce valore e dignità a ogni cittadino e cittadina (Europa, 2019; Italia, 2004; Italia, 2022). Garantire accesso non è solo conformità tecnica: è costruire società più eque e democratiche.

Bibliografia

- Castells M. *The rise of the network society*. Oxford: Blackwell; 1996.
- Europa. Direttiva (UE) 2019/882 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019 sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi. *Gazzetta ufficiale dell’Unione europea* L 151, 7 giugno 2019.
- Fontaine G, Maheu-Cadotte M, Lavallée A, Mailhot T, Rouleau G, Bouix-Picasso J, Bourbonnais. A communicating science in the digital and social media ecosystem: scoping review and typology of strategies used by health scientists. *JMIR Public Health Surveill.* 2019;5(3):e14447
- Lanier J. *Who owns the future?* New York, NY: Simon & Schuster, 2013.
- Parisi S, Ruggiero C (Ed.). *Comunicazione e partecipazione nel sistema mediale ibrido: soggetti, pratiche, luoghi*. Bologna: Fausto Lupetti Editore, 2018.
- Italia. Legge 4/2004 – Disposizioni per favorire l’accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 13 del 17 gennaio 2004.

Italia. Decreto Legislativo n. 82/2022. Attuazione della direttiva (UE) 2019/882 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 152, 1° luglio 2022.

WHO. *World report on social determinants of health equity*. Geneva: World Health Organization; 2025.

WHO. *The 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.

Bibliografia di approfondimento

Agger B. *Critical social theories*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2013.

Bendl R, Bleijenbergh I, Henttonen E, Mills AJ (Ed.). *The Oxford handbook of diversity in organizations*. Oxford: Oxford University Press; 2015.

Bertini A, Penna L, Geraci S, Guerra R (Ed.). *Convegno fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità. Istituto Superiore di Sanità, Roma 13 dicembre 2006. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/14).

Carmona B. *Le réveil du génie de l'apprenant*. Paris: L'Harmattan; 2009.

Case KA. *Intersectional pedagogy. Complicating identity and social justice*. London and New York: Routledge; 2016.

Corradi C. *Sociologia della violenza. Identità, modernità, potere*. Milano-Udine: Mimesis; 2016.

Crenshaw K W, "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence" in *Stanford Law Review*, 1991, 43 (6): 1241–99.

Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

Dill BT, Zambrana RE (Ed.). *Emerging intersections: race, class, and gender in theory, policy and practice*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press; 2009.

European Commission. *State of Health in the EU 2019. Rapporto della Commissione Salute dell'Osservatorio Europeo su sistemi e politiche per la salute*; 2019. Disponibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/health/state/summary_it ultima consultazione 20/03/2021.

Gallino L. Effetti dissociativi dei processi associativi in una società altamente differenziata. *Quaderni di Sociologia*. 2016; 70-71:11-28.

Hill Collins P. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*. 2015;(41):1-20.

Lutz H, Herrera Vivar MT, Supik L (Ed.). *Framing intersectionality. debates on a multifaceted concept in gender studies*. Burlington: Ashgate; 2011.

Marmot M. *La salute disuguale*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2016.

Nocenzi M. *Dal cambiamento alla transizione. Ripensare la società fra crisi e sostenibilità*. Milano: Franco Angeli; 2023.

Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization; 2010.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di dicembre 2025, 1° Suppl.*

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

Roma, dicembre 2025