



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA  
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOBIOLOGIA E NEUROSCIENZE  
COGNITIVE**

**NUOVE PROSPETTIVE SULLA “VIOLENZA CONTRO LE DONNE”:  
PREVALENZA, FATTORI DI RISCHIO ED EFFETTI SULLA SALUTE. UN  
CONTRIBUTO EMPIRICO.**

**Relatore:**

***Chiar.ma Prof.ssa OLIMPIA  
PINO***

**Controrelatore:**

***Chiar.ma Prof.ssa ANNALISA  
PELOSI***

**Laureanda:  
CHIARA ROMITO**

**ANNO ACCADEMICO 2019 – 2020**

## **INDICE**

### ***Abstract***

#### **Capitolo 1: *Violence Against Women*: il fenomeno della violenza contro le donne**

##### **1.1. Incidenza del fenomeno nel mondo, definizioni e indicatori dei principali tipi di violenza**

###### **1.1.1. Dati epidemiologici: incidenza delle principali tipologie di violenza sulla popolazione femminile mondiale**

###### **1.1.2. Genere ed età**

###### **1.1.3. Violenza contro le donne ai tempi del Coronavirus**

##### **1.2. Il fenomeno della violenza contro le donne in Italia**

###### **1.2.1. La tutela della donna contro la violenza di genere: leggi e normative italiane**

###### **1.2.2. Il fenomeno della violenza contro le donne in Italia: dati epidemiologici**

#### **Capitolo 2: Violenza contro le donne, cervello, geni e ambiente: il ruolo delle Neuroscienze nella definizione dei fattori di rischio e degli effetti sulla salute**

##### **2.1. Possibili effetti neuroanatomici e neuroendocrini causati da precoce o prolungata, diretta o indiretta, esposizione alla violenza**

##### **2.2. Violenza contro le donne ed effetti sulla salute**

#### **Capitolo 3: Violenza contro le donne ed accesso ai servizi di cura: incidenza del fenomeno nel mondo**

##### **3.1. Violenza contro le donne e accesso alle cure sanitarie: incidenza del fenomeno nel mondo**

### **3.2. Violenza contro le donne e accesso alle cure in Italia**

**3.2.1. Linee guida ministeriali in tema di soccorso e assistenza  
socio-sanitaria in Pronto Soccorso e sul territorio per le donne vittime di  
violenza**

**3.2.2. Violenza sulle donne e accesso alle cure in Italia: dati  
epidemiologici**

## **Capitolo 4: Violenza contro le donne e accesso alle cure presso l’Ospedale Maggiore della città di Parma: un contributo empirico**

**4.1. Violenza contro le donne e accessi al Pronto Soccorso dell’Ospedale  
Maggiore di Parma: analisi dei dati**

**Conclusioni**

**Bibliografia**

## **Abstract**

Il fenomeno della violenza contro le donne rappresenta un problema di salute pubblica di portata globale che si stima incidere negativamente, ogni giorno, sulla qualità di vita del 30% della popolazione femminile mondiale (WHO, 2019) con un'importante percentuale di casi ancora sommersi e nascosti da omertà e silenzio. Gli effetti della violenza sulla salute psicofisica della donna possono essere devastanti, con effetti multi-dominio nel breve, medio e lungo termine (WHO, 2013). Le radici del fenomeno, sia per il rischio di vittimizzazione che di perpetrazione di comportamenti violenti, sono da individuarsi nella matrice intersoggettiva individuale, sin dal concepimento plasmata dalla sinergica interazione tra fattori genetici, ambientali ed esperienziali che modellano epigeneticamente la linea di sviluppo ontogenetico dell'individuo sia a livello neuroanatomico che cognitivo, temperamentale, comportamentale e socioaffettivo. I dati della letteratura internazionale segnalano che il fenomeno della violenza contro le donne risulta essere trasversalmente diffuso in ogni nazione, cultura, etnia, classe sociale e fascia di età, con un maggior rischio di vittimizzazione per donne di età compresa tra 25 e 44 anni. Violenza, discriminazione e disuguaglianza basate sul genere sono diffuse anche in Italia: tra il 2017 e il 2019 le donne vittime di violenza sono state più di 16.000 con oltre 19.000 accessi in Pronto Soccorso a causa di lesioni e traumi riportati. Tra il 2017 ed il 2019, nella regione Emilia-Romagna sono state fornite cure ospedaliere a più di 3.300 donne e, presso l'Ospedale Maggiore di Parma, negli stessi anni, sono state prese in carico per verosimili cause violente 900 assistite tra 0-over70 anni. Il dilagare del virus Covid-19, ha fortemente incrementato l'incidenza della violenza domestica nel mondo, soprattutto nei primi mesi di *lockdown*. In Italia,

tra gennaio e ottobre del 2020, è stato commesso un femminicidio ogni tre giorni (EURES, 2020) e i contatti al numero verde 1522 sono aumentati del 119.6% (ISTAT, 2020).

## **Abstract**

*Violence against women (VAW) represents a global public health problem that is estimated to negatively affect, every day, the quality of life of one in three women worldwide (WHO, 2019) entangling with an important percentage of cases still unreported and hidden by tolerance and silence. The physical and mental consequences for women and girls can be devastating, with multi-domain effects in the immediate and long-term (WHO, 2013). The roots of this pervasive violation of human rights, including the risk of victimization and the perpetration of violent behaviors, are recognizable in the individual intersubjective matrix. Since conception, it is shaped by the synergistic interaction of the quality of care received by the caregiver, as well as by genetic, environmental and experiential factors that model epigenetically the ontogenetic line of the individual development at a neurobiological, cognitive, temperamental, behavioral and socio-affective level. Data derived from international literature indicate that the phenomenon of VAW is transversally widespread in every nation, culture, ethnicity, social class and age group, with a greater risk of victimization for women aged between 25 and 44. Violence, discrimination and inequality based on gender are also widespread in Italy: in the period 2017-2019, more than 16.000 women have been victims of violence and over 19.000 accesses have been due to the emergency departments (ED) because of injuries and trauma after violence. During that period, hospital cares had been provided to more than 3.300 women in the Emilia-Romagna region and, in the same years, 900 patients between 0-over70 have been assisted and treated for likely violent causes at the Ospedale Maggiore in Parma. The spread of the Covid-19 virus has greatly increased the*

*incidence of domestic violence cases in the world, especially during the first months of lockdown. In Italy, in the first ten months of 2020, femicide had been committed every three days (EURES, 2020) and the contacts with the helpline number 1522 increased by 119.6% (ISTAT, 2020).*

## **CAPITOLO 1.**

### **IL FENOMENO DELLA “VIOLENZA CONTRO LE DONNE”**



## 1.1. Incidenza del fenomeno nel mondo, definizioni e indicatori dei principali tipi di violenza

*There is one universal truth, applicable to all countries, cultures and communities: violence against women is never acceptable, never excusable, never tolerable.*

*United Nations Secretary-General, Ban Ki-Moon- 2008*

La violenza contro le donne (*Violence Against Women-VAW*) rappresenta un grave problema di salute pubblica di portata mondiale che ogni giorno nega alle sue vittime i principali diritti umani, violando libertà e dignità personali. Questo fenomeno risulta non essere isolato a singole e specifiche aree geografiche ma trasversalmente radicato in ogni nazione, etnia e classe sociale, incidendo negativamente sulla qualità di vita del 30% della popolazione femminile mondiale (WHO, 2019). Ad ogni individuo dovrebbero essere garantiti uguaglianza, libertà ed equità dei diritti ma questa condizione di equilibrio e parità di genere non è ancora stata raggiunta, sebbene l'impegno profuso a livello mondiale nella lotta alla VAW sia stato e sia ad oggi di notevole rilievo.

L'impatto della violenza nel tempo produce conseguenze devastanti per la vittima, con possibili effetti avversi multi-dominio che incidono negativamente sulla qualità di vita e della salute (WHO, 2013). Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale delle Nazioni Unite aggiornati al 2020, circa un terzo della popolazione femminile globale risulta essere quotidianamente vittima di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica agita per mano di un *partner*, di un *ex-partner*, di un familiare, di un conoscente o di uno sconosciuto. Si stima inoltre che, ogni giorno nel mondo, circa 137 donne siano

private della propria vita a causa della violenza subita all'interno della famiglia (*United Nations Women, 2021*).

Alcune variabili come genere, età ed esposizione precoce ad eventi traumatici rappresentano fattori di rischio sia per la donna, aumentando il rischio di vittimizzazione, che per il maltrattante, poiché l'esposizione ad eventi stressanti, soprattutto se vissuti nei primissimi anni di vita, possono alterare dal punto di vista epigenetico e neuro-plastico lo sviluppo dei principali circuiti cerebrali, aumentando il rischio di sviluppare comportamenti disfunzionali, devianti, aggressivi e deficit cognitivi, fino all'esordio di franche patologie psichiatriche e disturbi della personalità.

Sebbene nella società moderna il fenomeno della VAW risulti essere ancora ben radicato, dall'anno in cui l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato la "Convenzione per l'Eliminazione di Ogni Forma di Violenza Contro le Donne" (*Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women – CEDAW, 1979*), la carta internazionale dei diritti per le donne, l'impegno internazionale contro la violenza e la discriminazione basate sul genere risulta essere notevolmente aumentato. Riconoscendo la natura discriminatoria del fenomeno, il documento CEDAW sottolinea la necessità, nonché l'obbligo, per gli stati aderenti, di offrire un impegno costante e continuo per la salvaguardia dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere, promuovendo integrazione e inclusione sociale. Agli inizi degli anni Novanta, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite per i Diritti Umani emanò la "Dichiarazione per l'eliminazione della violenza contro le donne" (1993) riconoscendo il carattere di urgenza nell'applicazione di interventi e Linee guida per contenere l'impatto del fenomeno nel mondo, promuovendo i diritti di uguaglianza e libertà senza distinzione di genere. Nel testo si definisce VAW ogni forma di violenza di tipo fisico, sessuale o emotivo che possa arrecare un danno oggettivo o potenziale alla donna che ne è

vittima, privandola della propria libertà, sia nella vita pubblica che privata. Nel documento sono riconosciute come forme di violenza basate sul genere la violenza domestica, gli abusi e i maltrattamenti inflitti dal proprio *partner*, la mutilazione dei genitali femminili, l'infanticidio, il matrimonio precoce, le forme di violenza legate alla dote, i cosiddetti delitti d'onore, il femminicidio, il maltrattamento delle vedove, le molestie sessuali, gli stupri e i tentati stupri, sia commessi da un *non-partner* della vittima che dal *partner* stesso, le violenze perpetrate nei luoghi di lavoro, sociali o ricreativi, la tratta di donne e il traffico di esseri umani.

A livello europeo, l'impegno del Consiglio d'Europa nel promuovere iniziative internazionali mirate alla lotta contro la violenza e alla tutela dei diritti delle donne, è stato incrementato a partire dalla fine degli anni Novanta. Tra il 2002 ed il 2008 sono state promosse e finanziate campagne di intervento a tutela delle donne vittime di violenza rafforzando i provvedimenti penali vigenti, con l'obiettivo di ridurre la perpetrazione di reati violenti, ancora così ubiquitariamente diffusi.

Nel 2011 il Consiglio d'Europa ha siglato la Convenzione di Istanbul, anche nota come "Convenzione sulla prevenzione e lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica", che rappresenta il primo strumento internazionale normativo e giuridico unificato per la tutela delle donne contro qualsiasi forma di violenza. Gli stati aderenti, ratificando la Convenzione, si sono impegnati nella promozione e nell'attuazione di un piano concreto e condiviso per la tutela delle donne da ogni forma di discriminazione e violenza, ancora ingiustificatamente agite sulla sola base del genere di appartenenza. Ad oggi gli Stati Membri del Consiglio d'Europa che hanno sottoscritto la Convenzione di Istanbul sono: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Belgio, Bosnia e Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Federazione Russa, Finlandia, Francia, Georgia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda,

Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Malta, Monaco, Montenegro, Nord Macedonia, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Repubblica di Moldavia, Repubblica Slovacca, Romania, San Marino, Serbia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Ucraina e Ungheria (Consiglio d'Europa, 2021). La ratifica della Convenzione di Istanbul da parte dell'Italia è avvenuta nel 2012, seguita dall'approvazione della Legge n.77 del 27 giugno 2013 e dall'entrata in vigore della stessa nell'agosto 2014.

Uno degli obiettivi del Consiglio d'Europa, approvato nel piano strategico 2020 per il raggiungimento della parità di genere nel quinquennio 2020-2025, mira a includere nella ratifica della Convenzione gli stati mancanti, promuovendo così un ancor maggiore e capillare impegno internazionale nella lotta alla VAW. Tuttavia, nel marzo 2021, la Turchia si è sottratta all'impegno preso ratificando il documento, scegliendo di assecondare in modo omertoso e oscurantista la condizione di vittimizzazione e disparità di genere ancora ivi fortemente diffusa.

Ad oggi, il fenomeno della violenza contro le donne è molto indagato nella letteratura internazionale e i dati disponibili ne segnalano una spaventosa incidenza in tutto il mondo. Nel tempo, i parametri di riferimento ed i metodi di ricerca empirica ed epidemiologica per studiare l'impatto del fenomeno nel mondo sono diventati sempre più specifici eppure, la percentuale di dati sommersi dei casi mai resi noti, mai denunciati e mai presi in carico risulta essere ancora molto elevata poiché omertà e silenzio gravano ancora sul destino di milioni di donne, private per sempre della loro vita a causa della violenza subita.

In questa parte dell'elaborato saranno descritte le principali tipologie di violenza e saranno approfonditamente discussi i principali indicatori ritenuti, dalle evidenze della letteratura, fattori predisponenti ad un maggior rischio di vittimizzazione, come genere

di appartenenza, età e nazionalità, durata della violenza nel corso della vita e autore del reato.

### **1.1.1. Dati epidemiologici: incidenza delle principali tipologie di violenza sulla popolazione femminile mondiale**

La violenza di genere, nelle sue diverse forme, costituisce una grave piaga della società contemporanea. Nel rapporto "*Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*", pubblicato nel 2013 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in collaborazione con la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* e la *South African Medical Research Council*, sono state delineate nel dettaglio stime di incidenza dei principali tipi di violenza contro le donne, oltre che i fattori di rischio e i possibili effetti avversi sulla salute.

Nel lavoro, che analizza dati e studi di ricerca eseguiti in 86 paesi del mondo, pubblicati tra il 2008 ed il 2011 in ogni lingua, si differenzia il fenomeno della violenza contro le donne in due grandi categorie: "*Intimate Partner Violence*" (IPV) e "*Non-Intimate Partner Violence*" (NPV) (WHO, 2013).

Rientrano nella categoria di IPV tutte le forme di violenza agite da un "*intimate partner*", ovvero da un individuo con cui la vittima condivide o ha condiviso una relazione intima sia di tipo formale, come il matrimonio, che informale, come relazioni occasionali, extra-coniugali o di natura sessuale. Il fenomeno di IPV può manifestarsi sotto forma di violenza fisica, sessuale, psicologica, economica e *stalking* sebbene le uniche variabili considerate nel rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2013), per stimare l'incidenza del fenomeno nei paesi inclusi nell'indagine, siano state

violenza fisica e sessuale. Nel lavoro si considerano forme di violenza fisica atti aggressivi come: colpire, malmenare, procurare ferite e/o lesioni alla donna con o senza l'ausilio di oggetti o armi. L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), nella ricerca epidemiologica del fenomeno della violenza contro le donne in Italia, considera tra gli atti aggressivi di tipo fisico anche tentativi di strangolamento, soffocamento, ustione, nonché atti come stratonare e afferrare la vittima per i capelli e vessarla con pugni, calci e morsi (ISTAT, 2015).

Tra le più comuni forme di IPV di tipo sessuale l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2013) ha incluso atti quali: perpetrazione di atti sessuali coercitivi e indesiderati compiuti o subiti senza il consenso della vittima, prestazioni sessuali pretese sotto ricatto, atti sessuali degradanti o umilianti per l'integrità morale della persona che li subisce. Si stima che 1 donna su 3, in tutto il mondo, sia stata almeno una volta nella vita vittima di almeno un episodio di violenza agito per mano del proprio *partner* o *ex-partner* (WHO, 2013). Solo in Italia, L'ISTAT (2018) stima che il 31.5% della popolazione femminile (oltre 6 milioni di donne) tra 16 e 70 anni abbia subito almeno una forma di violenza fisica o sessuale nel corso della vita. L'Organizzazione delle Nazioni Unite (2019) stima che un terzo delle ragazze e donne del mondo subisca violenza di tipo fisico o sessuale nel corso della vita, che la metà degli omicidi di donne siano commessi dal *partner* o da un familiare della donna e che la vittimizzazione ha effetti avversi sulla salute aumentando il rischio di sviluppare patologie ed effetti avversi sulla salute.

Nel tempo, gli studi di ricerca della letteratura internazionale hanno attenzionato sempre di più anche la diffusione di altre forme di violenza contro le donne agiti sotto forma di atti persecutori, meglio noti come *stalking*, abusi di tipo economico, psicologico o emotivo. Tra le più comuni forme di violenza psicologica ed emotiva che

possono essere perpetrate ai danni di una donna, solitamente da parte di *partner*, *ex-partner* o familiari, si menzionano: offese e diffamazioni, illazioni e umiliazioni, forme di intimidazione e disprezzo, comportamenti svalutanti e denigratori per autostima e dignità, comportamenti ossessivi di controllo e monitoraggio delle attività quotidiane della donna, sia in casa che sul posto di lavoro, isolamento coercitivo e forzato, costrizione al ritiro sociale, limitazioni all'accesso alla rete sociale e ai servizi di cura e assistenza (Cardinali et al., 2018). La manipolazione mentale agita ai danni della donna vittima di violenza psicologica aumenta vissuti di paura, impotenza e passività che possono alimentare l'utilizzo di disfunzionali strategie di *coping*, accomodativo o preventivo, spesso attuate per evitare una improvvisa *escalation* dei comportamenti violenti da parte del maltrattante, soprattutto quando dipendenza emotiva, gelosia e possesso sono da egli vissuti in modo disfunzionale.

Con il termine *stalking* si intende un *pattern* di comportamenti ripetitivi, ossessivi e invadenti che generano in chi li subisce sentimenti di paura e impotenza, minacciando incolumità e sicurezza sia per sé che per i propri cari, soprattutto in presenza di minori (Westrup, 1998, citato in Acquadro Maran et al., 2018, p.1). I principali e più comuni comportamenti di *stalking* sono agiti ai danni della donna tramite comunicazioni indesiderate e ripetitive con telefonate, messaggi, *e-mail*, lettere e biglietti e, mediante comportamenti di inseguimento, pedinamento e appostamento, lo *stalker* può arrivare a perseguire la donna per gran parte delle ore del giorno. Danneggiamento di beni mobili o immobili, molestie e intimidazioni dirette e indirette, minacce e diffamazioni sia private che pubbliche, spesso attraverso i *social network*, rappresentano altre modalità con cui lo *stalker* esercita il suo controllo sulla vittima. I dati della letteratura internazionale segnalano che molto spesso la donna vittima di *stalking* subisce più tipologie di atti persecutori, aggressivi o coercitivi ed che può essere vittima di ripetuti

episodi nel corso della propria vita, soprattutto in presenza di fattori di rischio quali disagio economico, presenza di figli minori, divorzio o separazione legale, mancata indipendenza economica, patologie psichiatriche, svolgere professioni sanitarie.

Uno studio italiano condotto da Acquadro Maran e Varetto, pubblicato nel 2018 su *Frontiers in Psychology*, ha infatti indagato l'incidenza del reato di *stalking*, perpetrato da parte di *partner*, *non-partner* o *ex-partner*, ai danni di 147 soggetti ambosessi, tra 19 e 60 anni, impiegati come professionisti sanitari. Tutti i soggetti del campione hanno dichiarato di aver subito violenza di tipo verbale prima che iniziassero i comportamenti persecutori, durati in media 22 mesi con una frequenza di "quasi ogni giorno" per un terzo delle vittime. Dai risultati dello studio emerge che coloro che svolgono professioni sanitarie come medico, psicologo, psichiatra, infermiere od operatore sanitario risultano essere tra il 12% ed il 50% più esposti a vittimizzazione per *stalking* rispetto a chi non svolge queste professioni poiché la predisposizione professionale a "prendersi cura" dell'altro rappresenta una condizione spesso fraintesa o iper-investita dalle aspettative della controparte e lo *stalker* potrebbe pertanto esercitare controllo, potere e violenza psicologica sulla vittima per scongiurare la fine o pretendere l'inizio di una relazione con essa. Dai dati dello studio emerge che il 65.3% delle vittime di *stalking* era di genere femminile, di età compresa tra 19 e 60 anni, nel 91.7% dei casi perseguitata da un individuo di genere maschile. Nel 69.8% dei casi lo *stalker* era il *partner* o l'*ex-partner*, nel 32.3% dei casi un *non-partner*. I comportamenti persecutori ai danni delle vittime donna del campione, sempre preceduti da violenza sia verbale che psicologica, sono stati agiti sotto forma di telefonate e messaggi continui, appostamenti fuori casa e/o dal luogo di lavoro, minacce, calunnie e diffamazioni determinando *outcomes* avversi sia di tipo fisico che emotivo. Il 47.9% delle donne ha sviluppato disturbi del sonno, il 53.1% apprensione e preoccupazione per la propria



incolumità, il 52.1% paura. Il 100% delle donne del campione ha attuato strategie di evitamento dello *stalker* ed il 73.2% ha reagito alla vittimizzazione applicando uno stile di *coping* orientato al potenziamento delle risorse personali per difendersi dall'*offender*. Tuttavia, dai risultati emerge che all'aumentare dei comportamenti persecutori ha fatto seguito una riduzione delle strategie di *coping* adattive e funzionali da parte della vittima, a causa dell'aumentare dei vissuti di impotenza, angoscia e paura per la propria incolumità. Solo 51 donne su 96 hanno chiesto aiuto per fronteggiare la situazione, probabilmente perché nell'86.4% dei casi lo *stalker* era un collega e questo avrebbe potuto compromettere la sua posizione lavorativa della vittima. Le vittime di *stalking* di genere maschile incluse nello studio (n=51) hanno dichiarato di essere state vittime di una *stalker* donna, *partner* nel 72.5% dei casi, che ha perpetrato nei loro confronti solo violenza verbale e psicologica.

Uno studio epidemiologico condotto in Germania (Harald Dreßing et al., 2020) nel 2003 e poi replicato nel 2018, su un campione di 1.000 uomini e 1.000 donne tra 18 e 65 anni, casualmente estratti tra i residenti della città di Mannheim, ha indagato l'incidenza dei reati di *stalking* nella popolazione. Rispettivamente nel 2003 e nel 2018, l'11.6% ed il 10.8% dei soggetti reclutati nello studio ha riferito di aver subito almeno un episodio di *stalking*, inoltre, è emerso che il 15% della popolazione tedesca tra 16 e 40 anni fosse stata vittima di episodi di *stalking* mai dichiarati o denunciati alle autorità competenti. Nei due anni considerati, le vittime hanno subito in media più di 5 tipi di comportamenti persecutori, per una durata media di circa tre mesi nel 2013, fino a una durata media di oltre un anno nel 2018. Nell'80% dei casi l'*offender* era di genere maschile, *ex-partner* (nel 32.1% dei casi per l'anno 2003 e nel 45.8% dei casi per l'anno 2018) o amico della vittima (nel 20.5% dei casi nel 2003 e nel 20.8% dei casi nel 2018). Dallo studio emerge che le conseguenze della vittimizzazione sulla salute

psicofisica della vittima siano state notevoli: il 56.4% del campione nel 2003 ed il 60.4% nel 2018 ha sviluppato ansia e agitazione, il 41% del campione nel 2003 ed il 39.6% nel 2018 ha sviluppato disturbi del sonno, il 28.2% del campione nel 2003 ed il 22.9% nel 2018 ha sviluppato sintomatologia depressiva.

Appartengono invece al *cluster* della violenza di tipo economico forme di controllo e coercizione finanziari agiti con l'intento di limitare l'indipendenza economica della donna e avere pieno controllo sul suo denaro e, più in generale, sulla sua vita. Rappresentano forme di violenza economica l'impedimento ad eseguire operazioni finanziarie sul proprio conto corrente, la negazione a possedere una carta di credito, il costante controllo sulle spese e sui motivi di spesa, l'appropriazione indebita di beni mobili e/o immobili, la negazione degli obblighi di assistenza familiare previsti dalla legge in caso di divorzio o separazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2013) include nella categoria di "*Non-Intimate Partner Violence*" (NPV) ogni forma di violenza agita da un individuo che non intrattiene una relazione intima con la vittima come sconosciuti, colleghi e vicini di casa, e classifica come "*Non-partner Sexual Violence*" (NSV) gli episodi di violenza e abuso di sola natura sessuale perpetrati da parte di un *non-partner* (WHO, 2013). Si stima che nel mondo circa il 35% della popolazione femminile abbia subito molestie sessuali nel corso della vita e che, purtroppo, in molti paesi meno del 40% delle vittime di reati sessuali chieda aiuto e meno del 10% denunci i reati subiti alle autorità giudiziarie. Ad oggi è il Sud-Africa lo stato in cui si registra la maggior incidenza di reati sessuali e stupri con 132.4 casi ogni 100.000 persone (*World Population Review*, 2021).

L'Organizzazione delle Nazioni Unite ha aggiornato nel 2020 le stime di incidenza globale di IPV, sia fisico che sessuale, analizzando dati epidemiologici raccolti nel 2018 in oltre 110 stati del mondo, elencati in dettaglio nella Tabella 1.1. Dai dati

emerge che, nel periodo considerato, il 18% della popolazione femminile mondiale ha subito almeno una forma di violenza, nel 14% dei casi di tipo fisico e nel 6% di tipo sessuale per mano del proprio *partner*. L'Organizzazione delle Nazioni Unite stima che, nel 2018, i maggiori tassi di incidenza di IPV fisico ai danni di donne di età compresa tra 15 e 49 anni si siano registrati in Afghanistan (45.8%), Guinea Equatoriale (40.2%), Timor-Leste (33.1%), Kiribati (32.4%), Liberia (31.9%), Camerun (30.8%) e Repubblica Democratica del Congo (30.3%). Dai dati emerge che, nel 2018, nelle regioni di Kiribati e Vanuatu, in Oceania, è stata perpetrata violenza sessuale rispettivamente ai danni del 33.7% e del 33% della popolazione femminile; nelle Isole Fiji le vittime di violenza sessuale hanno rappresentato il 17% della popolazione, in Bolivia il 16.3% e in Bangladesh il 14.3%. Dai dati emerge inoltre che la popolazione femminile di aree geografiche come Oceania, Sud-Est Asiatico e Africa Sub-Sahariana sia maggiormente esposta al rischio di subire ripetute vittimizzazioni *lifetime* infatti, nel 2018, il 35% della popolazione femminile dell'Oceania, il 23% delle donne del Sud-Est Asiatico ed il 22% delle donne dell'Africa Sub-Sahariana ha dichiarato di aver subito almeno un episodio di IPV nel corso della vita. Tassi di incidenza inferiori sono stati registrati in America Latina e Caraibi (12%) ed Europa (6%) in cui la maggior incidenza di IPV di tipo fisico è stata riscontrata in Moldavia (14.1%) e Ucraina (11%) e di IPV sessuale in Italia (4%) e Bulgaria (3%).

Area Geografica	Stato
Asia centro-meridionale	Afghanistan, Bangladesh, India, Tajikistan, Kirgizstan, Pakistan, Nepal, Maldive
Est e Sud-Est asiatico	Timor-Leste, Mongolia, Birmania, Cambogia, Vietnam, Filippine, Repubblica Democratica del Lao
Nordafrica e Asia dell'Ovest	Egitto, Giordania Azerbaijan, Turchia, Armenia, Cipro
Europa e Nord America	Moldavia, Ucraina, Bulgaria, Slovacchia, Romania, Belgio, Grecia, Ungheria, Francia, Italia, Latvia, Finlandia, Olanda, Cechia, Lituania, Portogallo, Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Stati Uniti d'America, Danimarca, Svezia, Germania, Malta, Croazia, Irlanda, Lussemburgo, Austria, Estonia, Polonia, Slovenia, Spagna
America Latina e Caraibi	Bolivia, Colombia, Repubblica Dominicana, Venezuela, Haiti, Honduras, Perù, Ecuador, Panama, Messico, Guatemala, Giamaica, Paraguay, Trinidad e Tobago, Nicaragua, El Salvador, Argentina, Uruguay
Oceania (escluse Australia e Nuova Zelanda)	Repubblica di Vanuatu, Kiribati, Fiji, Tuvalu, Isole Marshall, Stato Federale della Micronesia, Tonga, Palau, Isole di Cook
Africa Sub-sahariana	Guinea Equatoriale, Liberia, Camerun, Repubblica Democratica del Congo, Gabon, Sierra Leone, Repubblica Unita della Tanzania, Repubblica Democratica di São Tomé e Príncipe, Angola, Kenya, Repubblica dell'Africa Centrale, Uganda, Zambia, Costa d'Avorio, Mali, Namibia, Burundi, Ruanda, Ghana, Etiopia, Malawi, Chad, Zimbabwe, Mozambico, Benin, Togo, Nigeria, Sud-Africa, Senegal, Burkina Faso, Gambia, Comoros

Tabella 1.1. Aree geografiche e nazioni incluse nella stima epidemiologica di incidenza di IPV fisico e sessuale sulla popolazione femminile mondiale (*United Nations*, 2020).

### 1.1.2. Genere ed età

Le evidenze scientifiche della letteratura internazionale considerano il genere femminile un fattore di rischio che aumenta il pericolo di vittimizzazione e che, in associazione ad altre variabili quali età, esposizione precoce ad eventi traumatici, etnia e contesto culturale, patologie o disabilità, possa incrementare ulteriormente il rischio di subire IPV e/o NPV nel corso della vita (WHO, 2013).

In molti paesi del mondo è ancora profondamente radicata un'organizzazione sociale che vede prevalere il genere maschile: fattori religiosi e culturali tessono la trama su cui si radicano ancora profonde discriminazioni e disparità di genere che ammettono ancora una netta subordinazione della donna rispetto alla figura maschile. Soprattutto in piccoli villaggi rurali, ancora lontani dalla modernità contemporanea, sono ampiamente diffuse pratiche violente come infibulazione, mutilazione dei genitali femminili e il fenomeno delle spose bambine, spesso minori dei quindici anni, cedute in cambio di denaro a uomini adulti e spesso sconosciuti. Secondo l'Organizzazione delle Nazioni Unite (2020) sono ancora 200 milioni le giovani vittime di ingiustificati e aberranti rituali di violenza, mutilazioni e coercizioni ancora socialmente ammesse per segnare il passaggio dall'infanzia all'età adulta, rafforzando nella società la perpetrazione di disuguaglianze e disparità basate sul genere. Nei paesi dell'Africa Sub-Sahariana e dell'Asia meridionale, in cui la popolazione è per la maggior parte ancora molto povera e spesso analfabeta, tali pratiche sono protette da cultura e tradizioni con gravi conseguenze a lungo termine sulla salute delle vittime. Negli ultimi dieci anni, l'impegno mondiale profuso dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ha consentito di ridurre fino al 15% la percentuale globale di incidenza del fenomeno delle spose bambine nel mondo, passando da una proporzione di una donna su cinque ad una donna su quattro (ONU, 2020). Tuttavia, il dilagare della pandemia da Covid-19 ha ulteriormente esposto soprattutto le ragazze più povere e vulnerabili al rischio di contrarre matrimoni precoci e al rischio di subire violenza fisica e sessuale con effetti avversi multi-dominio: patologie organiche e psichiatriche, spesso mai diagnosticate e curate, denutrizione, gravidanze precoci, aborti spontanei e morte precoce, abbandono scolastico, perdita delle figure genitoriali e aumento della povertà, rischiano di rendere vani i risultati raggiunti nel tempo e, per questo, le stime formulate

dall'UNICEF nel 2021, segnalano che entro il 2030, le spose bambine nel mondo potrebbero essere ancora dieci milioni.

Si stima che nel 2019 negli Stati Uniti d'America il 37.3% della popolazione femminile abbia subito IPV nel corso della vita, a fronte del 30.9% di incidenza del fenomeno nella popolazione maschile. Nello specifico, si stima che il 47.1% della popolazione femminile abbia subito almeno una forma di violenza emotiva o psicologica e che il 32.4% sia stato vittima di violenza fisica riportando lesioni e traumi di gravità severa nel 23.2% dei casi; inoltre, si stima che, nel 2019, il 16.4% della popolazione statunitense abbia dichiarato di essere stata vittima di violenza sessuale ed il 9.7% di reati di *stalking* (Lutgendorf, 2019).

Dati della *British Crime Survey* aggiornati al 2019, evidenziano drammatiche stime di IPV e violenza domestica sia *lifetime* che relative al solo anno 2019, perpetrate in Galles e Inghilterra. Stimando l'incidenza di episodi di violenza fisica, sessuale, emotiva e *stalking* perpetrati sia ai danni di uomini che di donne, sia da parte di *partner* che di *non-partner*, i dati segnalano che nel 2019 il 3.5% della popolazione maschile ed il 6.8% della popolazione femminile tra 16 e 74 anni di età ha affermato di aver subito almeno un episodio di violenza. Nel 2019, in Galles e Inghilterra il 4.2% della popolazione generale, il 2.8% degli uomini ed il 5.6% delle donne di età compresa tra 16 e 74 anni, ha dichiarato di aver subito almeno un episodio di IPV o *stalking* per mano del *partner* o dell'*ex-partner* (*British Crime Survey*, 2019).

Il fenomeno di IPV non è solo largamente perpetrato ai danni di vittime di genere femminile in coppie eterosessuali, ma anche in coppie della comunità LGBTQUIA+ e, in questo caso, il fenomeno di IPV perpetrato in coppie omosessuali viene definito da Rollè e colleghi (2018) *same sex-IPV*, identificato con l'acronimo SSIPV. La devianza dal canonico binarismo uomo-donna e dall'eterosessualità rappresenta, di per sé, un

tema ancora fortemente stigmatizzato, occultato da omertà, omofobia e pregiudizio, spesso non accettato in molte culture del mondo, e per questo i dati in letteratura disponibili sul tema sono ancora di modesta quantità. Fino al 2015 gli studi epidemiologici sull'impatto diSSIPV tra i membri delle principali comunità LGBTQUIA+ del mondo rappresentavano appena il 3% dei contributi empirici sul tema. Il non essere eterosessuale o il non riconoscersi nel proprio genere biologico, costituisce un fattore di rischio che può esporre il soggetto, rispetto alla popolazione generale, al maggiore rischio subire vittimizzazioni e atti persecutori, che spesso culminano in veri attacchi omofobi. I dati della letteratura non forniscono ad oggi evidenze dell'impatto diSSIPV in tutte le sottocategorie della comunità LGBTQUIA+, limitandosi a studiare l'impatto del fenomeno in coppie di uomini e donne omosessuali e bisessuali appartenenti alle più grandi comunità LGBTQUIA+ del mondo, come quella statunitense ove si stima che circa 4.1 milioni di individui abbiano subito almeno una forma di violenza nel corso della propria vita. Nello specifico, si stima che in America circa un terzo degli uomini omosessuali e il 75% delle donne omosessuali abbiano subito almeno un episodio di violenza fisica o psicologica nella vita da parte del proprio *partner*. Si stima, inoltre, che il 61.1% delle donne bisessuali, il 43.8% delle donne omosessuali, il 37.3% degli uomini bisessuali ed il 26.0% degli uomini omosessuali abbiano subito almeno un episodio di violenza interpersonale nel corso della vita all'interno della coppia. I dati dimostrano una correlazione positiva traSSIPV e genere femminile in coppie composte da sole donne omosessuali o bisessuali, vittime di violenza con una maggior frequenza rispetto a coppie di soli uomini non eterosessuali. Emerge infatti che sia vittima diSSIPV il 49.3% delle donne bisessuali ed il 29.4% delle donne omosessuali a fronte del 16.4% di vittimizzazione registrato tra soggetti omosessuali o bisessuali di genere maschile (Rollè et al., 2018).

Dalle evidenze della letteratura internazionale emerge che il fenomeno della violenza contro le donne non conosce età. Soprattutto in nazioni molto povere come Africa e Medio Oriente, si stima che la perpetrazione di violenza di tipo fisico e sessuale sia prevalentemente agita ai danni di donne giovani tra 15 e 25 anni poiché le tradizioni espongono le donne a subire frequentemente abusi e violenza da parte del coniuge o di uomini *non-partners* (UNFPA, 2020). Da uno studio epidemiologico condotto nel 2020 dall'osservatorio delle Nazioni Unite emerge che, tra il 2005 ed il 2018, il 18% della popolazione femminile mondiale, di età compresa tra 15 e 49 anni e in relazione con un *partner*, abbia subito violenza fisica e/o sessuale e che donne più anziane siano state più frequentemente vittime di figli o familiari. Tra il 2013 ed il 2020 il 13% della popolazione femminile europea è stata vittima di IPV, con una riduzione di incidenza di un solo punto percentuale registrata nei primi mesi del 2021 (*United Nations, 2021*). L'Organizzazione delle Nazioni Unite (2021) stima che, nel mondo, circa 15 milioni di ragazze adolescenti tra 15 e 19 anni abbiano subito forzatamente atti sessuali e che nei paesi dell'Unione Europea 1 giovane donna su 10, di età compresa tra 15 e 19 anni, abbia subito molestie sessuali e *avances* e abbia ricevuto messaggi sessualmente espliciti od offensivi tramite messaggi, *e-mails* e *social networks*. Dai dati della letteratura emerge inoltre che le giovani donne che frequentano *college* e università siano maggiormente esposte al rischio di subire violenza fisica e/o sessuale. La conquista dell'autonomia e le prime esperienze lontano da casa, la facilità di accedere a eventi mondani, alcolici e droghe aumentano la probabilità di conoscere nuovi *partners* occasionali con il conseguente aumento del rischio di subire molestie o abusi sessuali. Si stima infatti che tra il 10% ed il 20% delle studentesse dei *college* americani abbia subito violenza sessuale e che il 7% della popolazione femminile americana ha subito violenza sessuale prima dei 18 anni (Lutgendorf, 2019).



In Europa e nei paesi del mondo più industrializzati, le donne tra 35 e 44 anni sembrano essere maggiormente esposte al rischio di vittimizzazione *lifetime*. La separazione ed il divorzio, di per sé eventi di vita dolorosi e traumatici, possono svolgere la funzione di *triggers*, attivando o incentivando comportamenti aggressivi, violenti e persecutori da parte del *partner* maltrattante nei confronti della donna con il fine di esercitare controllo, dominio e possesso su di essa. Molto spesso, la continuativa perpetrazione di violenza domestica all'interno della coppia soggioga la donna fino a determinare l'attuazione di uno stile di *coping* accomodante e passivo, che la induce spesso ad accettare il compromesso di restare invischiata in una relazione stabile ma disfunzionale con il maltrattante, con la falsa speranza di poter cambiare l'indole violenta del *partner* o di poter contenere ed evitare l'*escalation* della violenza, illudendosi così di proteggere la propria incolumità. In molti altri casi invece, la donna sceglie con coraggio di interrompere la relazione violenta decidendo di non soccombere ulteriormente alla condizione di vittimizzazione e di non sottostare più alla paura e alla completa privazione della propria dignità.

Sebbene il fenomeno VAW non conosca età, dai dati della letteratura emerge che la percentuale di incidenza del fenomeno nella popolazione femminile mondiale decresca con il progredire dell'età (*United Nations*, 2020). Si stima che la percentuale di vittimizzazione nella "*golden age*", l'età d'oro, sia inferiore rispetto a donne più giovani pur ammettendo la verosimile presenza di una maggiore percentuale di dati sommersi, relativi a casi di violenza subiti durante gran parte della vita ma mai denunciati. Dai dati di letteratura, emerge inoltre che la violenza ai danni di donne ultrasessantenni sia perpetrata con maggior frequenza da parte di figli o familiari poiché aumentano le probabilità che la donna sia rimasta vedova (Gerino et al., 2018). In Europa il fenomeno di IPV nell'età d'oro ha impattato sul 5% della popolazione femminile ultrasessantenne

tra gli anni 2013 e 2020 (ISTAT, 2020). Secondo stime della Commissione Europea aggiornate al 2020, sono Italia e Gran Bretagna i paesi in cui si registra la maggior incidenza di violenza domestica sulla popolazione femminile *over 60*, rispettivamente pari all'8% e al 6%.

### **1.1.3. Violenza contro le donne ai tempi del Coronavirus**

L'incidenza del fenomeno della violenza domestica (*Domestic Violence- DV*) nel mondo è stata certamente aggravata dal dilagare del virus SARSCOV-19 che, per tutto il 2020 e ancora oggi, ha reso e rende necessarie drastiche misure restrittive per cercare di contrastare il dilagare dei contagi.

La nuova modalità di lavorare in modo *smart*, la perdita del lavoro e l'impossibilità di uscire di casa hanno costretto numerose famiglie a condividere spazi fisici spesso molto ristretti e spazi temporali fin troppo amplificati, esacerbando la conflittualità e rendendo più frequenti liti ed episodi di DV. La forzata e prolungata convivenza con il maltrattante, soprattutto nei primi e duri mesi di *lockdown*, ha ridotto, per molte donne, la possibilità chiedere aiuto, di ricevere cure mediche o di essere allontanate dal contesto familiare violento e, per questo, la cascata di eventi avversi e gli effetti secondari che ogni forma di violenza porta con sé produrrà effetti devastanti sulla salute della donna dal punto di vista fisico, psicologico, cognitivo, socioaffettivo e comportamentale, sia nel breve che nel lungo termine.

Durante i primi mesi del 2020, le campagne di informazione e sensibilizzazione sul fenomeno della VAW e della DV, diffuse attraverso pubblicità, televisione e canali *social* sono aumentati in tutto il mondo fino all'80%, con l'obiettivo di diffondere un messaggio di speranza e solidarietà a tutte le donne vittime di violenza e di divulgare

nuove strategie per richiedere aiuto e supporto psicologico. Il restare a casa ha sicuramente contribuito a mitigare la diffusione del virus, ma ha aggravato in modo significativo l'incidenza della violenza sommersa: non è infatti da sottovalutare il non quantificabile, ma inevitabile, aumento dei casi di violenza rimasti silenziosamente invisibili, le cui vittime non hanno potuto o saputo chiedere aiuto. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020) ha stimato che, dall'inizio della pandemia, le chiamate di soccorso alle *helplines* siano nettamente aumentate in tutto il mondo. Durante i mesi di chiusura, oltre al potenziamento delle linee di emergenza e dei numeri verdi sono stati attivati servizi di messaggistica istantanea e applicazioni per dispositivi mobili con il fine di potenziare i canali dedicati alle segnalazioni dei casi di DV, soprattutto da parte delle vittime impossibilitate a effettuare una telefonata valida per condividere o segnalare la propria condizione. Sono state oltre 250 milioni le donne e le ragazze di tutto il mondo, di età compresa tra 15 e 49 anni, che hanno richiesto aiuto a seguito della violenza subita tra le mura di casa chiamando o inviando messaggi ai numeri di emergenza. In Argentina farmacie, negozi, *hotel* e aziende si sono trasformate in temporanei rifugi per accogliere le donne che necessitavano di essere allontanate da quello che dovrebbe essere, per tutti, un luogo sicuro: la propria casa. In Malesia si è registrato un incremento dei contatti pari al 40%, in Cina e in Somalia pari al 50% e in Colombia pari al 79%. Nella primavera 2020, le chiamate di aiuto da parte di vittime di violenza e le segnalazioni di abusi e maltrattamenti domestici sono aumentate del 25% in Argentina, del 30% nell'isola di Cipro e del 33% a Singapore. In Francia i casi di violenza domestica hanno subito un incremento del 30% tra i soli mesi di febbraio e marzo 2020, rispetto al 2019. In Spagna, alle donne sopravvissute a DV subita in *lockdown*, è stato offerto un servizio di messaggistica istantanea dotato di

geolocalizzazione per promuovere una presa in carico tempestiva in caso di re-vittimizzazione o di *escalation* della violenza (WHO, 2020).

La *Canadian Women's Foundation* nell'aprile 2020 ha diffuso tramite i *social media* un *help signal* destinato a tutte le vittime di DV affinché potessero chiedere un silenzioso aiuto soprattutto nei mesi di chiusura, comunicando con un semplice gesto la propria condizione di vittimizzazione. Il segnale di aiuto è infatti muto e prevede una semplice sequenza di segni: rivolgere il palmo della mano con le dita strette verso lo schermo o verso l'interlocutore, chiudere il pollice verso il palmo e piegare le dita sul pollice. Questo gesto è stato pensato per essere messo in pratica in ogni situazione senza destare il sospetto del maltrattante: simulando un informale gesto di saluto, può infatti essere eseguito durante una videochiamata, all'arrivo del corriere, alla finestra rivolgendosi a vicini o passanti o in ogni altra condizione di interazione sociale. La diffusione di questo segnale di aiuto è tutt'oggi in essere mediante video e storie postate sui principali canali *social* con l'obiettivo di divulgare il significato del gesto e di aumentare le probabilità di riconoscerlo, per fornire prontamente aiuto alla vittima che lo esegue. In Italia, da un'iniziativa spontanea nata nel 2020, si è rapidamente diffuso su tutti i principali *social* l'utilizzo dell'*hashtag* #*mascherina1522*. Le vittime di violenza domestica avrebbero potuto richiedere in farmacia la "mascherina numero 1522", segnalando in modo indiretto gli abusi subiti in casa, senza destare alcun sospetto nel caso in cui fossero state accompagnate da *partner* o familiari maltrattanti. Nel 2020, il Ministero per le Pari Opportunità ha investito in una massiccia campagna di divulgazione e sensibilizzazione al tema della violenza contro le donne, sfruttando i principali canali televisivi e la collaborazione di noti personaggi dello spettacolo, lanciando gli *hashtag* #1522 e #*liberapuoi* e promuovendo l'utilizzo del numero verde 1522 per segnalare casi di violenza. Secondo l'ISTAT (2020), nei primi mesi del 2020

oltre 3.000 donne sono venute a conoscenza del numero nazionale di emergenza tramite la campagna pubblicitaria diffusa in televisione ed oltre 4.000 grazie a *internet*: tra gennaio e ottobre 2020, sono state effettuate 22.860 telefonate al 1522 e sono stati inviati 3.617 messaggi. Tra marzo e ottobre 2020 i contatti validi al 1522 effettuati da donne vittime di violenza e *stalking* hanno rappresentato il 73.2% del totale, rispetto al 51.9% registrato nel 2019. Nel 2020, il centralino del 1522, attivo ventiquattr'ore su ventiquattro, sette giorni su sette, ha ricevuto oltre 12.000 segnalazioni dirette o indirette, soprattutto nei giorni lunedì (con 2.084 contatti totali), e mercoledì (con 2.026 contatti totali), registrando una deflessione delle chiamate nel fine settimana. Il 93.6% dei contatti al 1522 risulta essere stato effettuato direttamente dalle vittime e, nei primi dieci mesi del 2020, sono stati registrate 6.210 segnalazioni di violenza fisica (a fronte delle 3.760 del 2019), 4.255 casi di violenza psicologica (rispetto ai 3.343 del 2019) e 724 episodi di violenza sessuale (a fronte dei 398 del 2019).

Dai dati ISTAT (2020) emerge inoltre che il 96.4% degli utenti che ha contattato il 1522 tra i mesi gennaio e ottobre 2020 era di genere femminile a fronte dei 456 contatti effettuati da uomini. Sono state perlopiù donne tra 35 e 44 anni a richiedere aiuto (24.4%) con 2.334 contatti nel 2020 a fronte dei 2.225 registrati nel 2019. Sono state 4.948 le richieste di aiuto eseguite da vittime coniugate, 4.485 quelle da parte di soggetti celibi o nubili e 1.028 quelle eseguite da soggetti separati o divorziati. Il 67.7% delle vittime ha ammesso di essere vittima di violenza da diversi anni e che l'episodio segnalato al 1522 non era il primo subito. Il 21.9% delle vittime che ha contattato il numero di emergenza ha infatti dichiarato di essere vittima di DV da diversi mesi, a fronte del 16.7% delle segnalazioni del 2019. Nel 2020 si è registrato anche un netto aumento delle segnalazioni di singoli episodi di DV, pari al 4.4%, rispetto al 3.5% del 2019.

La condizione di isolamento e ritiro sociale ha aumentato il vissuto di impotenza, paura, passività e ansia per le vittime di violenza domestica. Nel 2020, il 34.1% delle donne che ha segnalato DV al 1522 ha riferito di temere per la propria incolumità, con paura di morire nel 4.4% dei casi, riferendo di provare ansia nel 19.6% dei casi, timore e soggezione a causa della condizione di impotenza nel 23.6% dei casi. Nella sola regione Emilia-Romagna le richieste di aiuto e le segnalazioni al 1522 sono state 804 solo nei primi cinque mesi del 2020, a fronte delle 365 registrate del 2019.

Nonostante le stime siano allarmanti, dovrebbe far ancora più riflettere il dato che rivela che solo il 14.2% delle donne vittime di DV che ha contattato il 1522 per segnalare la violenza direttamente subita ha affermato di aver sporto denuncia alle autorità competenti, con una proporzione di poco superiore a 1.000 casi denunciati su oltre 12.000 segnalazioni effettuate. Dai dati ISTAT aggiornati al 2020, emerge infatti che oltre l'83% delle donne vittime di DV ai tempi del Coronavirus non ha mai denunciato i reati di abuso e violenza subiti segnando un incremento della percentuale di mancate segnalazioni alle Forze dell'Ordine rispetto al 2019, anno in cui "solo" il 79.7% delle vittime non aveva sporto denuncia. Dai dati, emerge inoltre che il 2.7% delle vittime ha dichiarato di aver ritirato la denuncia e di essere tornata a convivere con il maltrattante nel 35.3% dei casi, per il bene della famiglia, per paura delle conseguenze o per l'impossibilità di trovare un'altra sistemazione sicura.

## **1.2. Il fenomeno della violenza contro le donne in Italia**

### **1.2.1. La tutela della donna contro la violenza di genere: leggi e normative italiane**

In Italia, l'iter legislativo per la promulgazione di leggi a tutela dei diritti di uguaglianza e libertà delle donne è stato potenziato solo a partire dalla seconda metà degli anni '90, investendo su sistemi di censimento ed elaborazione di dati per poter monitorare nel tempo gli indici statistici di distribuzione epidemiologica del fenomeno della violenza su tutto territorio nazionale. Solo il 15 febbraio 1996, viene infatti approvata la legge numero 66 del codice penale che persegue chiunque compia atti sessuali con minori dei quindici anni, costringa un altro individuo a compiere o a subire atti sessuali con minaccia o abuso di autorità, e che persegue chiunque abusi della condizione di inferiorità fisica e/o psichica di un'altra persona, traendola in inganno con il fine di compiere atti sessuali non consenzienti. Nel 1997 l'Istituto Nazionale di Statistica ha avviato la prima indagine sulla sicurezza dei cittadini elaborando le prime stime nazionali di incidenza di reati quali molestie (sessuali, fisiche, telefoniche), esibizionismo, ricatti sessuali sul lavoro, stupro e tentato stupro.

Il 3 agosto 1998 viene pubblicata in Gazzetta Ufficiale la legge numero 269 contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale a danno di minori, considerando tali delitti nuove forme di riduzione in schiavitù che limitano e ledono libertà e dignità personali. Nell'Aprile 2001 viene approvato il Decreto Legislativo numero 154 che sancisce misure giudiziarie contro chi commette delitti violenti all'interno del contesto familiare, mentre nel gennaio 2006 viene promulgato il Decreto Legislativo numero 7 che impone misure di divieto all'aberrante pratica della

mutilazione dei genitali femminili. Nello stesso anno, e poi nel 2007, vengono pubblicati dall'ISTAT i dati relativi a due indagini osservative eseguite su un campione di 25 mila donne tra 16 e 70 anni, intervistate telefonicamente per stimare l'incidenza di diffusione di diverse forme di violenza (psicologica, fisica, sessuale) in ambito domestico, nella coppia o in contesto esterno.

L'avvento dell'anno 2011 rappresenta un passaggio di fondamentale importanza per l'impegno dello Stato italiano alla lotta contro la violenza sulle donne poiché viene ratificata la Convenzione di Istanbul che determina l'entrata dell'Italia tra gli Stati Membri del Consiglio d'Europa, già uniti sul fronte internazionale nella lotta contro la violenza e ad ogni forma di discriminazione contro le donne. Con la successiva approvazione del documento, avvenuta il 27 settembre 2012, l'Italia si impegna ad avviare un concreto impegno nazionale e di cooperazione internazionale per prevenire, perseguire ed eliminare ogni forma di violenza verso le donne e i soggetti deboli, promuovendo parità di genere ed *empowerment* femminile, rafforzando le misure di protezione e tutela legale a favore di tutte le vittime di violenza. Il 27 giugno 2013, l'approvazione della legge numero 77 autorizza la ratifica e l'esecuzione dei provvedimenti contenuti nella Convenzione di Istanbul avviando un definitivo impegno giuridico, culturale e socioassistenziale nella persecuzione di ogni atto violento, aberrante o discriminatorio agito ai danni di donne sulla sola base del genere di appartenenza. Nell'agosto 2013, con il Decreto Legislativo numero 93, si approvano disposizioni urgenti in materia di prevenzione, educazione, sicurezza e tutela per contrastare violenza di genere e femminicidio e nel 2019 viene approvata la legge numero 69, anche nota come "Codice Rosso", con l'obiettivo di migliorare e rafforzare la tutela giuridica delle donne vittime di reati violenti ponendo particolare rilievo ai reati di violenza sessuale e DV.



Con l'obiettivo di contrastare la violenza contro le donne in modo tempestivo ed efficace, il Codice Rosso introduce e inquadra dal punto di vista normativo quattro nuovi reati violenti radicati sulla discriminazione del genere introducendo inoltre l'obbligatorietà di riferire entro tre giorni alle autorità giudiziarie qualsiasi forma di reato violento di cui si venga a conoscenza. Tra i nuovi reati violenti viene inserito il delitto di deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso, punibile con la reclusione da otto a quattordici anni. Il delitto di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti, inserito nel provvedimento legislativo Codice Rosso, punisce con reclusione e ammenda pecuniaria chi, senza il consenso delle persone rappresentate in foto e/o video, riceva o acquisti tale materiale e ne diffonda il contenuto per nuocere e/o diffamare volontariamente la vittima. Il Codice Rosso introduce e rende punibile con la reclusione anche il delitto di costrizione o induzione al matrimonio e introduce il reato di violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare, applicando il divieto di avvicinamento ai luoghi principalmente frequentati dalla vittima. Inoltre, il provvedimento prevede che la parte offesa ed il suo legale vengano tempestivamente informati sull'esecuzione di provvedimenti di scarcerazione, evasione, revoca, cessazione o sostituzione delle misure penali a carico del maltrattante.

Una clausola di fondamentale importanza contenuta nel Codice Rosso è quella della tutela della persona offesa dalla cosiddetta vittimizzazione secondaria ovvero dalla condizione di sovraesposizione psicologica ed emotiva della vittima a ripetuti contatti con il maltrattante spesso imputabili alle procedure giudiziarie o esplicitamente (ed incautamente) richiesti da consulenti legali. Nel dicembre 2020, a un anno di distanza dall'approvazione del Codice Rosso, la Polizia di Stato ha diffuso dati statistici relativi al monitoraggio dell'incidenza delle varie forme di violenza e DV contro le donne in

Italia nel periodo agosto 2019- agosto 2020. Dai dati emerge la segnalazione di 11 casi (63.64%) di induzione al matrimonio, di cui 4 ai danni di donne minorenni, 718 casi (81.62%) di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti; 1.714 casi (79.07%) di violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare e di divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa, registrando il maggior numero di segnalazioni nelle regioni Sicilia, Lazio e Piemonte ed il minor numero di segnalazioni in Umbria, Molise e Valle d'Aosta. Nel periodo di riferimento sono stati inoltre segnalati alle autorità giudiziarie 56 casi (24.07%) di procurata deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso, sorprendentemente commessi perlopiù ai danni di vittime di genere maschile (76%), rispetto a vittime di genere femminile (24%).

La Legge "Codice Rosso" ridefinisce inoltre i provvedimenti penali previsti in caso di maltrattamenti contro familiari e conviventi, prevedendo un inasprimento della pena nei casi in cui il reato venga commesso con l'ausilio di armi, in presenza o in danno di minore, in presenza o in danno donna in gravidanza o di persona con disabilità.

Effettuando un'analisi comparativa dei reati commessi tra il 2018 ed il 2020, il Ministero della Giustizia segnala che, grazie all'applicazione dei provvedimenti del Codice Rosso, si sia registrato un incremento dell'11% nell'applicazione di provvedimenti penali e che l'inasprimento dei provvedimenti giudiziari previsti abbia comportato, tra agosto 2018 e luglio 2020, una riduzione del 4% dei reati di violenza sessuale, del 17% dei reati di violenza sessuale di gruppo e una riduzione pari al 4% dei reati persecutori.

La legge "Codice Rosso" sancisce inoltre che la sospensione della pena per i delitti di violenza domestica e di genere, sia subordinata alla partecipazione del maltrattante a specifici percorsi di recupero.

uno studio osservazionale condotto nella regione Emilia-Romagna negli anni 2018 e 2019 per monitorare l'andamento dei percorsi di emersione dalla violenza sul territorio regionale, sono risultate attive 15 strutture dedicate alla presa in carico di uomini maltrattanti e autori di reati violenti sulle donne, con totale di 249 utenti presi in carico. Nel 2019, il 51.4% degli uomini autori di violenza presi in carico in regione risultava essere il *partner* della vittima, nel 40.6% dei casi l'*ex-partner* e nel 3.2% dei casi il padre (Regione Emilia-Romagna, 2019).

Nel rapporto italiano di Revisione Periodica Universale (*Universal Periodic Review-U.P.R.*), approvato il 12 marzo 2020 dal Consiglio dei Diritti Umani dell'ONU, l'azione legislativa applicata mediante l'introduzione della legge "Codice Rosso" è stata definita come "una delle soluzioni più efficaci e idonee a far avanzare il Paese nella lotta alla discriminazione di genere e alla protezione delle donne".

### **1.2.1 Il fenomeno della violenza contro le donne in Italia: dati epidemiologici**

Secondo il report dell'Istituto Nazionale di Statistica pubblicato nel 2015, nel 2014 in Italia oltre 6 milioni di donne tra 16 e 70 anni, pari al 31.5% della popolazione femminile, ha subito almeno una forma di violenza nel corso della propria vita con un'incidenza pari al 20.2% per la violenza fisica, al 21% per la violenza e al 5.4% per forme più gravi di violenza sessuale ovvero stupro (652 mila casi) e tentato stupro (746 mila casi).

Dai dati emerge che, nel 2014, nella popolazione femminile tra 16 e 70 anni una media di 5.2 donne tra 16 e 70 anni ogni 100 sia stata vittime della violenza fisica o sessuale del proprio *partner*, 4.1 donne ogni 100 e 2 donne ogni 100 siano state rispettivamente vittime della violenza fisica e sessuale del proprio *partner*. Nello stesso anno, 18.9

donne ogni 100 hanno subito una forma di violenza fisica o sessuale da parte dell'*ex-partner*, 16.2 donne ogni 100 hanno subito violenza fisica e 8.2 su 100 violenza sessuale per mano dell'*ex-partner*. Complessivamente, considerando tra i potenziali *offenders* anche familiari, amici e *non-partners*, nel 2014 sono state vittime di una forma di violenza (fisica o sessuale) 31.5 donne ogni 100, mentre 20.2 donne su 100 e 21.0 donne su 100 hanno rispettivamente subito NPV fisico e sessuale. Nel 2020, il 74.4% delle violenze segnalate al 1522 sono state agite per mano di un *partner* (marito/moglie nel 38% dei casi o convivente, nel 15.5% dei casi), ed il 6.8% un *ex-partner* come ex-convivente (4.5%), ex-marito o ex-moglie (4.1%) (ISTAT, 2020).

Un interessante *report* dell'Istituto Nazionale di Statistica pubblicato nell'ottobre 2020 ha comparato i dati di incidenza di diverse tipologie di violenza tra gli anni 2013 e 2020 sul territorio italiano. In valori assoluti, emerge una riduzione sia dei casi di violenza economica passando da 261 a 160 segnalazioni al 1522, che delle segnalazioni di violenza fisica tra il 2013 (n=7.213) e il 2019 (n=3.760), per poi tornare a raddoppiare nel 2020, arrivando a 6.210 segnalazioni. Risulta essere pressoché stabile nel tempo il numero delle segnalazioni di minacce, compreso tra 306 e 448, con il valore più alto registrato nell'anno 2014. Il *report* segnala un aumento del numero di segnalazioni di violenza *lifetime* passando da un'incidenza del 75.6% negli anni 2018 e 2019 al 67.7% nell'anno 2020. Allo stesso modo, nel 2020 risultano aumentate sia le segnalazioni per vittimizzazioni sporadiche che per casi singoli o isolati che hanno rappresentato il 4.4% dei casi, raddoppiando rispetto al 2018 (2.6%) mentre le segnalazioni da parte di donne vittime di ripetuti episodi di violenza hanno mantenuto un tasso di incidenza pressoché stabile nel tempo, assestandosi tra il 70% e l'80% dei casi.

In media, tra i mesi di maggio e giugno 2020, l'80% delle donne italiane ha subito almeno un episodio di abuso e maltrattamenti in famiglia, circa il 90% ha subito

violenza sessuale e oltre il 70% atti persecutori. Per ogni mese considerato sono stati registrati oltre 10 mila casi di minacce, lesioni personali e percosse, eccezion fatta per i mesi marzo e aprile 2020. Infatti, nei primi due mesi di chiusura forzata per contrastare il contagio da Covid-19, sono stati rispettivamente segnalati 6.858 e 7.091 casi di lesioni, minacce e percosse, rispetto ai 12.776 e 11.793 casi segnalati negli stessi mesi del 2019. Dalle stime ISTAT diffuse nel novembre 2020 in occasione della giornata mondiale contro la violenza sulle donne, relative all'incidenza del fenomeno nei primi 10 mesi del 2020, emerge un preoccupante aumento dei casi sommersi di violenza domestica, non denunciati e mai presi in carico, soprattutto durante i primi mesi di *lockdown*, periodo in cui il tempo medio di convivenza tra vittima e maltrattante è aumentato fino all'80%. Nei mesi di chiusura il 45.3% delle donne italiane ha percepito timore e minaccia per la propria incolumità e per la propria vita a causa della presenza continuativa dell'*offender* in casa. Le statistiche ISTAT del 2020 hanno segnalato una netta riduzione del numero di accessi presso centri antiviolenza e una riduzione delle denunce sperte alle autorità giudiziarie per maltrattamenti (40%), omicidi (33.5%) e femminicidi (83.3%) rispetto all'anno 2019, registrando, parallelamente, tra i mesi marzo e giugno 2020, un netto incremento di segnalazioni e richieste di aiuto al numero verde 1522.

Rispetto agli oltre 3 mila casi di reati spia commessi ai danni di donne sotto forma di atti persecutori, maltrattamenti e violenza sessuale, secondo i dati ISTAT nel 2020 si è osservato un leggero decremento di incidenza soprattutto in febbraio, marzo e aprile, mesi in cui sono stati comunque registrati oltre 2 mila casi per ogni mese. Nel marzo 2020 si è osservata una netta riduzione dei casi di maltrattamenti in famiglia con 1.361 segnalazioni a fronte delle 1.593 del 2019, seguita da un incremento dei casi (n=1.453) nel mese di aprile, rispetto ai 1.526 segnalati nell'anno 2019. Tra gennaio e maggio

2020, l'incidenza dei reati persecutori risulta essere diminuita di cinque punti percentuali (dal 76% al 71%), per poi aumentare fino al 73% nel mese di maggio. Anche l'incidenza dei casi di violenza sessuale ha subito una diminuzione tra gennaio e aprile 2020, passando dal 93% al 91%, per poi assestarsi attorno al 95% nel mese di maggio. Nel 2020, il 61.4% delle vittime di DV ha dichiarato casi di violenza assistita a causa della quale figli minori, costretti a casa per via della chiusura delle scuole, sono stati spettatori inermi della violenza domestica. Dai dati emerge infatti il fenomeno della violenza assistita nel 2020 ha riguardato il 47.1% dei figli delle donne maltrattate, madri nel 69.3% dei casi e con figli minori a carico nel 30.7% dei casi. Le conseguenze psicofisiche sviluppate nel tempo dalle vittime di violenza assistita hanno comportato l'esordio di inquietudine (49.5% a fronte del 41.9% nel 2019), aggressività (10.6% rispetto al 9.5% del 2019), disturbi del sonno (2.5% a fronte del 1.7% nel 2019) (ISTAT, 2020).

Dai dati resi noti nel 2020 dall'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (EURES, 2020) emerge inoltre che, in Italia, nei primi dieci mesi del 2020, sia stata privata della propria vita a causa della violenza agita da un *partner* o da un familiare circa una donna ogni tre giorni. A causa del forte *stress* psico-sociale causato dalla pandemia risultano essere aumentati anche atti ingiustificabili e ingiustificati agiti nella drammatica dinamica dell'omicidio-suicidio, con 21 casi nei primi dieci mesi del 2020, rispetto ai 10 casi registrati nel 2019 (EURES, 2020). I dati diffusi dal Ministero della Salute (2020), segnalano che tra il 2000 ed il 31 ottobre 2020 i femminicidi in Italia siano stati 3.344, pari al 30% del totale degli omicidi volontari commessi. Il rapporto sugli omicidi dolosi in Italia pubblicato il 24 novembre 2020, segnala che solo nei primi dieci mesi del 2020 le donne vittime di femminicidio in Italia siano state 91, con una leggera deflessione di incidenza rispetto al 2019, anno in cui sono state registrate 99 vittime. Confrontando il

periodo gennaio-ottobre degli anni 2019 e 2020, si segnala un incremento significativo (+9.5%) dei femminicidi solo nel Nord Italia, passando da 42 a 46 vittime, con un'incidenza pari al 56.8% dei femminicidi commessi complessivamente su tutto il territorio nazionale. Solo in Emilia-Romagna, i dati diffusi dalla regione segnalano un incremento del 5% dei femminicidi nei primi cinque mesi del 2020 rispetto all'anno 2019: sono state 59 le vittime tra le mura domestiche durante i difficili mesi di chiusura generalizzata, a fronte delle 53 vittime del 2019. Anche nelle regioni del Sud Italia il fenomeno del femminicidio è ancora molto diffuso, sebbene ancora spesso occultato in nome di onore e omertà.

## **CAPITOLO 2.**

# **VIOLENZA CONTRO LE DONNE, CERVELLO, GENI E AMBIENTE. IL RUOLO DELLE NEUROSCIENZE NELLA DEFINIZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO E DEGLI EFFETTI SULLA SALUTE**



Il fenomeno della VAW è considerato un fattore di *stress* sociale cronico che impatta negativamente sul funzionamento personale e sociale sia di chi lo subisce che di chi lo perpetra (Garcia-Moreno et al., 2005), esponendo la vittima ad un maggior rischio di sviluppare conseguenze avverse per la salute quali disabilità, patologie e mortalità precoce per suicidio o femminicidio (WHO, 2013). La prolungata esposizione alla violenza altera il funzionamento dei sistemi nervoso autonomo e neuroendocrino, nonché di amigdala, ippocampo e corteccia prefrontale causando *iper-arousal* e disregolazione della produzione degli ormoni dello *stress*, favorendo lo sviluppo di sintomatologia ansiosa e di altre patologie croniche o infiammatorie, promuovendo comportamenti di ritiro, isolamento, irritabilità e senso di colpa, *bias* cognitivi e alterazioni dell'esame di realtà (Blasco-Ros et al., 2014).

Per lungo tempo, il dibattito *nature-nurture* (Macchi Cassia et al., 2021) ha dicotomizzato in modo riduzionista il ruolo di natura e cultura ovvero dei fattori biologici, ambientali ed esperienziali implicati nello sviluppo individuale. Nel corso del tempo, la psicologia e le neuroscienze cognitive hanno cercato di assegnare un ruolo eziologico a fattori genetici e ambientali e alle differenze individuali per fornire una valida spiegazione scientifica alla variabilità individuale nella diversa espressione fenotipica dello sviluppo ontogenetico di ogni individuo sia dal punto di vista cognitivo e comportamentale che emotivo e socioaffettivo. Il concetto di epigenesi probabilistica (Gottlieb, 1992, citato in Macchi Cassia et al., 2012, p. 196) si è nel tempo sostituito alle teorie riduzioniste e maturazioniste che consideravano il cervello costituito da moduli preesistenti e predeterminati che maturano e si sviluppano esclusivamente all'interno di una determinata finestra temporale durante lo sviluppo. Le evidenze ottenute dalla ricerca neuroscientifica sui fondamentali meccanismi di neuroplasticità e neurogenesi cerebrale hanno consentito di contrastare la riduzionistica dicotomia

*nature-nurture*, dimostrando che il cervello umano è plastico e, pertanto, plasmato e modellato neuro-anatomicamente nel tempo dalla sinergica azione di più fattori che possono esercitare effetti epigenetici, modulando le espressioni fenotipiche di comportamenti e tratti di personalità. Quindi, è all'interno di un più ampio periodo sensibile che si estende per tutto il corso di vita dell'individuo, che le interazioni tra differenze individuali e fattori biologici ed esperienziali possono determinare la direzione di sviluppo dei processi implicati nella formazione del Sé e della percezione dell'altro e del mondo, modellando contemporaneamente e plasticamente il substrato neuroanatomico e funzionale.

I dati della letteratura internazionale oggi dimostrano ampiamente i possibili effetti epigenetici della precoce o prolungata esposizione ad eventi traumatici come violenza, abusi e maltrattamenti, sia direttamente che indirettamente subiti, che possono produrre effetti avversi multi-dominio e a lungo termine sulla salute psicofisica dell'individuo. Inoltre, anche la qualità e la quantità delle cure materne, lo stile di attaccamento e i modelli operativi interni introiettati in fase di sviluppo possono contribuire a modellare e modulare il funzionamento cognitivo, comportamentale, personologico, socioaffettivo ed emotivo dell'individuo fino all'età adulta fino al punto di poter determinare l'esordio di comportamenti disfunzionali, passivi, aggressivi o devianti, nonché di franche patologie psichiatriche.

## **2.1. Possibili effetti neuroanatomici e neuroendocrini causati da precoce o prolungata, diretta o indiretta, esposizione alla violenza**

L'esposizione precoce o cronica ad eventi traumatici come la violenza può alterare profondamente la percezione del mondo, dell'altro e del sé attivando risposte emotive, cognitive e comportamentali tali da aumentare il rischio di perpetrare comportamenti aggressivi all'interno di contesti relazionali intimi e/o familiari che, per questo, possono diventare disfunzionali. La linea di sviluppo ontogenetico, la morfologia e il funzionamento delle strutture cerebrali e l'espressione fenotipica dei tratti personologici, temperamentali e comportamentali dell'individuo risultano essere fortemente influenzati e influenzabili da una complessa interazione di fattori bio-psico-socio-culturali durante tutto l'arco di vita. La predisposizione biologica innata ad una condizione di vulnerabilità e fragilità, la qualità delle cure materne ricevute, il contesto antropologico e socioaffettivo in cui si cresce, le condizioni psicofisiche della madre in gravidanza e lo stile di attaccamento internalizzato possono determinare un'alterata espressione fenotipica di tratti personologici e comportamentali aumentando il rischio di manifestare condotte di vittimizzazione o perpetrazione di violenza. L'esposizione diretta o precoce ad *adverse childhood experiences*, ovvero eventi di vita aversivi come deprivazione affettiva, abbandono, abusi e maltrattamenti, violenza fisica, sessuale e psicologica, soprattutto durante i primi anni di vita o in fasi particolarmente delicate come gravidanza e *post-partum*, può determinare effetti avversi sulla salute causando alterazioni morfologiche e funzionali a carico di circuiti cerebrali deputati a funzioni cognitive, emotive comportamentali, esponendo il soggetto al rischio di subire o perpetrare violenza in età adulta e/o di sviluppare patologie psichiatriche.

La qualità delle cure materne e dello stile di attaccamento che si instaura sin dal concepimento è fortemente influenzata dalla salute psicofisica della donna. Una gravidanza inattesa, indesiderata o frutto di una violenza sessuale può influenzare notevolmente lo stato di salute della madre e il corretto sviluppo del feto eppure, purtroppo, i dati della letteratura stimano che nel mondo tra il 2% ed il 13.5% delle donne in gravidanza subiscono violenza (Lutgendorf, 2019). Il contesto antropologico e relazionale in cui la madre vive i mesi di gestazione produce importanti conseguenze transgenerazionali per lo sviluppo dell'individuo in età adulta. Sin dal concepimento i sistemi corpo-cervello di madre e bambino convivono in sincronia, condividendo omeostaticamente un unico spazio intimo e vitale, ma quando la donna non è pronta ad accogliere in sé una nuova vita, questo equilibrio può essere compromesso, mettendo significativamente a rischio il futuro stato di salute psicofisica di entrambi. Se una donna è vittima di violenza durante o dopo la gravidanza o i mesi di allattamento, o nel caso in cui la gravidanza sia frutto di una violenza sessuale, l'elaborazione emotiva e cognitiva della donna rispetto al suo "diventare madre" sarà alterata e disfunzionale, attivando un forte *distress* che influenzerà negativamente la qualità di cure, attaccamento e rispecchiamento empatico verso il bambino.

Uno studio di popolazione condotto da Caleyachetty e colleghi, pubblicato su *Plos Medicine* nel 2019, ha analizzato dati demografici raccolti nel mondo nel corso di *Demographic and Health Surveys* (DHS) condotte tra il 2000 ed il 2019, per indagare gli effetti della violenza sull'allattamento al seno. I possibili effetti avversi sulla predisposizione ad allattare sono stati studiati su 100.000 diadi madre-bambino, di età media pari a 27.5 anni ed un'incidenza di vittimizzazione *lifetime* pari al 33.3%. Sono stati esaminati dati provenienti da studi di popolazione condotti tra Africa (52.9%), America (11.8%), paesi ad Est del Mediterraneo (7.8%), Europa (11.8%), Sud-Est

asiatico (11.8%) e paesi ad Est del Pacifico (3.9%). Rispetto ad un gruppo di controllo di giovani madri non vittime di violenza sessuale che avevano scelto di allattare al seno il proprio piccolo, è emerso che tutte le donne del campione osservato esposte a IPV di tipo fisico (27.6%), sessuale (8.4%) ed emotivo (16.8%) hanno sviluppato traumi psicologici tali da renderle incapaci o restie nell'allattare il proprio bambino, soprattutto se di genere maschile e se nato a seguito di una violenza sessuale (Caleyachetty et al., 2019).

La condizione di vittimizzazione durante la gravidanza si associa inoltre ad un aumentato rischio di aborto spontaneo, parto prematuro, mortalità materna, basso peso ponderale neonatale alla nascita con il conseguente aumento del rischio di sviluppare patologie organiche, neuroendocrine o psichiatriche in età adulta. Uno studio di Chang e colleghi, pubblicato nel 2019 su *Translational Psychiatry* ha indagato la correlazione tra l'esposizione di un campione di 774 donne a violenza di genere durante la gravidanza e lunghezza dei telomeri del neonato, studiati prelevando un campione del cordone ombelicale appena dopo la nascita. I telomeri sono nucleoproteine complesse situate alle estremità dei cromosomi ed esplicano, nel tempo, una importante funzione protettiva del patrimonio genetico. Le analisi effettuate nello studio di Chang e colleghi hanno evidenziato una significativa correlazione tra ridotta lunghezza telomerica del bambino ed esposizione della madre ad episodi di violenza (di tipo psicologico e sessuale), soprattutto in concomitanza con altri fattori di rischio quali bassa scolarità e sintomatologia depressiva (Chan et al., 2019). La lunghezza telomerica risulta essere esposta ad un fisiologico accorciamento, epigeneticamente modificabile nel corso della vita a causa di determinati fattori di rischio come vulnerabilità individuale, esposizione a traumi precoci e familiarità per patologie. È ad oggi dimostrato che la lunghezza dei telomeri costituisce un importante

biomarcatore di longevità e stato di salute e che uno stile di vita non sano e abitudini viziose possono accelerarne il processo di accorciamento, aumentando il rischio di sviluppare patologie croniche (come diabete e cancro) o cardiovascolari (Lumera, De Vivo, 2020).

Subire episodi di violenza in gravidanza causa una condizione di *stress* che può alterare significativamente il funzionamento neuroendocrino dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), il principale sistema di risposta allo *stress* del corpo umano, sia della madre che del feto, causando squilibri omeostatici nella produzione di cortisolo, il principale ormone dello *stress* ed ulteriori possibili effetti epigenetici avversi. Nel corso della gravidanza i livelli ormonali di estrogeno, progesterone, ossitocina e prolattina producono nella donna nuovi equilibri, che, in sinergia con ulteriori fattori biochimici e neuroendocrini, intervengono nell'avvio e mantenimento dei comportamenti di cura e accudimento. L'esposizione della madre ad elevati livelli di ansia nel periodo della gravidanza sembra correlare con un aumentato rischio per il bambino di manifestare alterazioni neuroanatomiche a carico della volumetria della sostanza grigia cerebrale soprattutto in corteccia prefrontale, corteccia premotoria, lobo temporale mediale, corteccia temporale mediale e giro post centrale (Compare, Grossi, 2012).

Numerosi studi condotti sul modello animale hanno dimostrato la correlazione tra ossitocina e sviluppo del legame genitoriale, consentendo di individuare le aree cerebrali coinvolte nell'avvio e nel mantenimento dei comportamenti di accudimento della prole: l'attivazione di aree preottiche mediali della porzione rostrale dell'ipotalamo, il sistema dopaminergico mesolimbico, il talamo, il tronco encefalico e le cortecce parietale e prefrontale risulta essere cruciale per avvio e mantenimento di tali *pattern* comportamentali (Ammaniti, Gallese, 2014). È stato inoltre dimostrato che

le precoci esperienze di contatto sociale espletate tra madre e prole influenzano la secrezione di ossitocina in termini transgenerazionali poiché la qualità delle cure ricevute a sua volta dalla femmina partoriente risulta correlata all'espressione dei recettori per l'ossitocina: aver ricevuto adeguate cure materne aumenta la predisposizione della neo-madre ad attivare e mantenere nel tempo comportamenti di accudimento e cura come *licking* e *grooming* verso la propria prole, in misura maggiore rispetto a femmine cresciute da madri poco accudenti. Inoltre, nella prole cresciuta da madri poco accudenti è stata rilevata una inferiore espressione genica per i recettori dei glucocorticoidi e una diminuzione della densità sinaptica ippocampale in età adulta (Ammaniti, Gallese, 2014). La condizione di vittimizzazione della donna può alterare e ridurre le sue capacità di rispecchiamento empatico e compartecipazione affettiva agli stati emotivi del piccolo, alterando i principali meccanismi di autoregolazione emotiva ed efficace gestione dello *stress*. Per questo essere vittima di violenza espone la madre al rischio di non essere in grado di assolvere le fondamentali funzioni di sostegno e rispecchiamento verso il bambino, condizioni necessarie alla progressiva e sana strutturazione e organizzazione della mente e del sé (Barbieri, 2009). La precoce esposizione a *neglect*, abbandono e deprivazione affettiva da parte della figura di riferimento possono rappresentare fattori di rischio per lo stato di salute psicofisico del soggetto in età adulta fino a determinare franche manifestazioni psicopatologiche. I comportamenti di una madre imprevedibile, incostante, incoerente, incapace di rispondere tempestivamente e adeguatamente ai bisogni del bambino, fino ad una condizione di abbandono o totale deprivazione affettiva, potranno produrre effetti epigenetici devastanti, aumentando il rischio di sviluppare uno stile relazionale disfunzionale e condotte devianti o aggressive in età adulta. Al contrario, le caratteristiche di una madre sufficientemente buona, che è capace di riconoscere e

rispecchiare il bambino nel suo essere vivo e nel suo essere sé, contribuiscono alla costruzione di una matrice intersoggettiva noi-centrica sana e al riconoscimento di una reciproca compartecipazione degli stati emotivi, affettivi e cognitivi, condizioni che favoriscono lo sviluppo di relazioni interpersonali sane in età adulta.

Nel cervello materno le connessioni tra amigdala, corteccia orbito-frontale e cingolata determinano l'attivazione ed il mantenimento dei comportamenti di accudimento e cura, promuovendo una corretta integrazione tra sentimenti, intenzioni e comportamenti di risposta verso il bambino e l'attivazione dell'emisfero destro, coinvolto in processi di apprendimento ed estinzione della paura e della regolazione inconscia delle interazioni emozionali con gli altri, consente di riconoscere l'altro, nei suoi stati emotivi ed intenzionali (Ammaniti, Gallese, 2014). Dopo la nascita del bambino e durante i primi mesi di vita, lo sviluppo neuroanatomico e funzionale dell'emisfero destro, noto anche come cervello emotivo, così come l'attivazione neuroendocrina dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, risultano essere fortemente influenzati dalle condizioni di salute psicofisica della donna che, se compromesse, possono causare possibili effetti avversi transgenerazionali che, unitamente a differenze individuali e predisposizione innata ad una condizione di vulnerabilità possono determinare un alterato sviluppo neuroanatomico e funzionale di alcune strutture cerebrali come la corteccia laterale orbito-frontale di destra e lo striato, riducendo le capacità di comprensione empatica e riconoscimento delle emozioni. La qualità delle cure parentali ricevute insieme a rispecchiamento empatico e corporeo e alla sintonizzazione degli stati mentali e affettivi risultano essere associati al sano sviluppo di regioni limbiche e mesofrontali dell'emisfero destro, di amigdala, ippocampo e corteccia cingolata del bambino, oltre che di specifici *networks* come il *default mode* ed il *network* della salienza, implicati in funzioni cognitive ed esecutive di



ordine superiore (Nolvi et al., 2020). La qualità delle cure genitoriali è inoltre stata associata ad una maggiore attivazione della corteccia frontale dorsolaterale e a migliori *performance* cognitive in termini di funzioni esecutive, autocontrollo e auto-regolazione emotiva (Quiñones-Camacho et al., 2019). Al contrario, l'esposizione precoce alla violenza inficia significativamente sulla matrice interindividuale e sulle competenze emotive, socioaffettive e di cognizione sociale compromettendo lo sviluppo di una robusta matrice intersoggettiva e di un integro senso del sé. Lo studio di ricerca condotto da Goetschius e colleghi, pubblicato su *Developmental Cognitive Neuroscience* nel 2020, ha indagato gli effetti neuroanatomici e neuro-funzionali causati dall'esposizione precoce ad episodi di violenza interpersonale, sia diretta che indiretta, in associazione ad una condizione di deprivazione socioaffettiva, intesa come mancanza di un contesto familiare emotivamente ed empaticamente supportivo, durante i primi anni di vita. I risultati ottenuti dimostrano che l'interazione tra le variabili oggetto di studio, se protratta nel tempo, può alterare in modo significativo morfologia e funzionalità di strutture cerebrali dell'emisfero destro deputate al riconoscimento e alla regolazione delle emozioni, soprattutto, della paura.

Un recente studio pubblicato nel 2020 su *Criminal Behavior and Mental Health* da Clark e collaboratori (Clark et al., 2020) ha indagato la correlazione tra violenza ed empatia in un campione prevalentemente maschile di *offenders* statunitensi alla fine di un periodo di detenzione per crimini violenti. Lo studio ha indagato la correlazione tra empatia cognitiva intesa come la capacità di assumere la prospettiva dell'altro comprendendone stati mentali, intenzioni ed obiettivi (Baron-Cohen et al., 2015) e il riconoscimento di emozioni facciali negative come paura e tristezza, valutando i possibili effetti della detenzione nella modificazione della cognizione sociale. Dai dati analizzati è emerso che *offenders* violenti e con pregressa storia personale di violenza,

dimostrano un *deficit* maggiore nel riconoscimento delle espressioni facciali, soprattutto di emozioni negative, rispetto a *offenders* senza esperienza di violenza pregressa. Tale difficoltà aumenta il rischio di perpetrare comportamenti violenti con la conseguente incapacità di interrompere condotte aggressive in risposta alla comprensione dello stato emotivo della vittima. Dai dati si evince una difficoltà nel riconoscimento e nell'attribuzione di stati emotivi ad espressioni facciali sia per emozioni positive che per emozioni negative e neutrali.

Lo studio di Hoaken e collaboratori, pubblicato nel 2007 su *Aggressive Behavior*, ha indagato e confermato la correlazione tra funzionamento cognitivo globale, riconoscimento delle espressioni facciali e comportamento violento osservando un campione sperimentale composto da 20 uomini maltrattanti, detenuti per aver commesso crimini violenti contro le donne, e 20 *offenders* detenuti per crimini non violenti, comparando i due campioni a un gruppo di controllo di uomini non violenti o autori di violenza. Dalle analisi dei dati condotte, è emersa una *performance* significativamente inferiore nei due gruppi sperimentali rispetto al gruppo di controllo, sulla base dei punteggi ottenuti in prove di memoria e compiti di associazione. Entrambi i gruppi sperimentali hanno inoltre ottenuto una *performance* peggiore nel compito di riconoscimento delle espressioni facciali di base, rispetto al gruppo di controllo. Il compito di riconoscimento prevedeva di riconoscere correttamente le espressioni facciali relative a diverse emozioni: gioia, tristezza, paura, rabbia, disgusto, sorpresa, espressione neutra. Entrambi i campioni di *offenders* e soprattutto il campione composto da autori di crimini violenti contro le donne, hanno dimostrato maggiori difficoltà nel riconoscimento di espressioni neutre, interpretate erroneamente come tristezza o di disgusto, dimostrando la correlazione positiva tra la perpetrazione di condotte aggressive e violente, la compromissione del funzionamento cognitivo e

marcate difficoltà nel corretto riconoscimento delle espressioni facciali (Hoaken et al., 2007).

La letteratura internazionale ha poi ampiamente dimostrato la correlazione tra *deficit* del funzionamento cognitivo globale, capacità di attribuzione di stati emozioni ad espressioni facciali e patologie psichiatriche. La predisposizione a condotte devianti e violente sembra determinare atrofia simmetrica e bilaterale del volume della sostanza grigia, osservata in soggetti di genere maschile e autori di crimini violenti, rispetto a soggetti adulti sani. Sono state individuate alterazioni anatomo-funzionali a carico di strutture limbiche, paralimbiche e corteccia prefrontale in individui con psicopatie, alterazioni neuroanatomiche e funzionali a carico di corteccia orbitofrontale, ventromediale e polo temporale in individui antisociali con tratti *borderline* di personalità e ridotta volumetria a carico della corteccia dorsomediale prefrontale in individui con disturbo antisociale di personalità in comorbidità con tratti psicotici (Lam et al., 2017).

Uno studio condotto da Yu e colleghi, pubblicato nel 2019 su *Plos Medicine*, ha indagato la correlazione tra perpetrazione di VAW e patologie psichiatriche, diagnosticate singolarmente o in comorbidità. Il campione considerato nello studio era costituito da uomini di nazionalità svedese, nati tra il 1958 e il 1998, iscritti sui registri nazionali degli autori di reato con patologie psichiatriche, osservati a partire dal momento della diagnosi, per un periodo temporale compreso tra il 1990 ed il 2013. È stata valutata l'ipotesi di maggiore incidenza di perpetrazione di reati violenti contro le donne in caso di patologie psichiatriche conclamate quali schizofrenia, disturbo bipolare, disturbi d'ansia, disturbi depressivi, sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), autismo, condotte di abuso di *alcohol* e/o sostanze e disturbi della personalità. Dai dati è emersa una correlazione significativa tra tutte le patologie

psichiatriche (tranne l'autismo) e una maggior predisposizione a perpetrare IPV nel tempo, evidenziando che soprattutto i soggetti con diagnosi di disturbo della personalità risultano essere con più frequenza autori di ripetuti episodi di IPV (3.3%) rispetto alla popolazione generale. In generale, i risultati ottenuti suggeriscono che la comorbidità di patologie psichiatriche e condotte di abuso incrementi tra due e otto volte il rischio di perpetrare violenza in tutti i *cluster* psicopatologici considerati, incluso l'autismo, rispetto alla popolazione generale, rilevando negli autori di reato marcate difficoltà relazionali, comunicative e socioaffettive.

## **2.2. Violenza contro le donne ed effetti sulla salute**

Essere vittime di violenza di genere è un compromesso: con la vita, con la salute sia fisica che mentale, con sé stessi e con il mondo e, nel mondo, il fenomeno di IPV è subito nel corso della vita da una percentuale di donne compresa tra il 15 ed il 71% (Lutgendorf, 2019). La vittimizzazione implica un radicale cambio di vita, conscio e inconscio, che segna per sempre l'identità di ogni donna che la subisce. Dal punto di vista clinico, le conseguenze sulla salute che il fenomeno di IPV può determinare riguardano trauma fisico, trauma psichico, *distress* cronico e modificazioni comportamentali causate dalla paura e dal controllo (WHO, 2013). Purtroppo, le sequele multi-dominio causate da IPV, producono danni a cascata che si associano a disabilità, patologie secondarie, alterazioni cognitivo-emotivo-comportamentali, lesioni secondarie, *stress* cronico e somatizzazioni con importanti ripercussioni sulla qualità di vita. La paura per l'incolumità propria e dei propri cari, soprattutto in presenza di figli minori, spinge la donna a nascondere la sua condizione di vittimizzazione, a non

richiedere le adeguate cure e ad operare distorsioni cognitive che la portano a minimizzare o a negligenza la gravità della violenza subita, restando così invischiata in relazioni disfunzionali. La disperata ricerca di autoassoluzione spesso attiva nella donna una rassegnata condizione di accettazione, passività, impotenza e iper-adattamento al ruolo di vittima fino al punto di arrivare a negare, giustificare o rendere accettabile la condizione di subordinazione a cui è costretta, quasi autocondannandosi ad una potenziale morte annunciata.

Uno dei possibili esiti dell'essere vittima di violenza è rappresentato dall'esordio del disturbo da *stress* post-traumatico (PTSD). Il PTSD è un disturbo psichiatrico, i cui criteri diagnostici sono riportati in dettaglio nel DSM-5, il Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (2013), che può svilupparsi come conseguenza dell'esposizione ripetuta ad eventi estremi e stressanti (violenza, abusi, guerre, catastrofi naturali) che il soggetto ha vissuto direttamente, indirettamente o di cui è venuto a conoscenza, che hanno implicato morte o che hanno rappresentato un grave e potenziale pericolo per la sua incolumità psicofisica, causando un'intensa attivazione emotiva. La sintomatologia clinica del PTSD si caratterizza per ricorrenti pensieri intrusivi a contenuto angosciante e minatorio, che causano terrore, paura, e attivano la sensazione di essere in costante pericolo. *Flashback* ed incubi notturni accompagnati da iper-*arousal* e iper-vigilanza contribuiscono ad alterare il tono dell'umore, il ritmo sonno-veglia e il funzionamento cognitivo del soggetto. I dati della letteratura che indagano l'epidemiologia della patologia nella popolazione suggeriscono una correlazione tra PTSD e genere, segnalando una probabilità di esordio tre volte maggiore nelle donne rispetto alla popolazione maschile, imputabile a un dimorfismo di genere a carico del solco anteriore circolare dell'insula, che, nel genere femminile, presenta caratteristiche strutturali e volumetriche maggiori (Pino,

2017). L'esposizione ad eventi stressanti come la violenza di genere direttamente o indirettamente subita, soprattutto se protratta nel tempo, può cronicizzare una disfunzionale condizione di *distress* che accelera i processi di ossidazione e maturazione neuronale nell'insula, già prodotti dal fisiologico processo di invecchiamento cerebrale, aumentando così il rischio di sviluppare il disturbo e una sintomatologia franca. Subire violenza interpersonale, sia essa di tipo fisico, sessuale o emotivo, rappresenta un evento di vita che segna profondamente e intimamente la donna nella sua identità, compromettendo fortemente la sua integrità psico-fisica. L'esordio di PTSD si associa soprattutto al trauma procurato da violenza sessuale, troppo spesso non dichiarato, denunciato ed elaborato. La mancata denuncia della violenza subita innesca con il passare del tempo una patologica iper-attivazione emotiva e cognitiva, caratterizzata da paura e terrore costanti, incubi notturni, disturbi cognitivi e disturbi del sonno. Tali manifestazioni sintomatologiche e/o somatiche, proprio perché non diagnosticate e trattate adeguatamente, possono protrarsi anche per lunghi periodi, impattando in modo devastante sulla qualità di vita della donna fino a determinare l'esordio di una psicopatologia franca. Alla violenza sessuale si associano inoltre effetti secondari avversi sia per la salute mentale che sessuale e riproduttiva, con un aumentato rischio di contrarre malattie veneree, gravidanze indesiderate o aborti spontanei (WHO, 2013). Non infrequente è la comorbidità di PTSD con disturbi di matrice ansioso-depressiva, caratterizzati dalla compresenza di sintomi cognitivi come disturbi di memoria e attenzione, pensieri intrusivi e ricorrenti a contenuto spaventoso, *flashback*, ritiro sociale, anedonia, abulia, trascuratezza e rassegnazione.

Per una donna vittima di eventi traumatici e drammatici come la violenza sessuale, un approccio cognitivo-comportamentale integrato per l'elaborazione delle memorie

traumatiche potrebbe essere supportivo durante il processo di *recovery*. Metabolizzare ed elaborare le memorie traumatiche è di fondamentale importanza affinché la vita della donna non si fermi e non vengano cancellate identità e libertà personali. Un interessante studio pilota eseguito da Shors e collaboratori, pubblicato nel 2018 su *Frontiers in Neuroscience*, ha testato l'efficacia di "MAP - *Training my Brain*", un programma integrato formulato *ad hoc* per la riduzione della sintomatologia del PTSD in donne vittime di violenza sessuale. Il protocollo prevede un *training* di otto settimane composto dalla combinazione di attività fisica aerobica e meditazione. Ogni sessione di MAP è composta da tre attività da svolgere all'interno di sessanta minuti, suddivisi in: venti minuti di meditazione guidata da praticare in posizione seduta, dieci minuti di meditazione da praticare durante una camminata leggera, trenta minuti di attività aerobica intensa a scelta, con un impegno cardiaco compreso tra il 60-80%. Il protocollo MAP prevede che il *training* venga ripetuto due volte a settimana, per almeno sei settimane, e che gli esercizi vengano eseguiti in successione come nella sequenza sopra indicata. Sono stati ottenuti risultati significativi soprattutto nel campione di donne vittime di violenza sessuale o di abusi in età infantile con una significativa riduzione (40%) dei pensieri intrusivi e ricorrenti, del processo di ruminazione mentale e della sintomatologia ansioso-depressiva. Sono stati ottenuti effetti significativi anche nel gruppo trattato con la sola pratica meditativa mentre non sono stati raggiunti risultati soddisfacenti dal punto di vista statistico sia nel gruppo trattato con il solo *training* fisico che nel gruppo di controllo.

Esattamente come la violenza sessuale e psicologica, anche la violenza fisica può produrre una severa compromissione dello stato di salute e della qualità di vita della donna che la subisce nel tempo. Fratture, distorsioni, lacerazioni, contusioni e lesioni al parenchima cerebrale possono produrre potenziali conseguenze avverse sia

primarie che secondarie e a lungo termine dannose. Molto spesso, purtroppo, la donna è vittima di ripetuti episodi di violenza e in molti casi è impossibilitata a denunciare o a richiedere cure adeguate.

Per questo, lesioni e traumi riportati, soprattutto se a carico delle strutture ossee o parenchimali del cranio, non diagnosticati e adeguatamente trattati possono aumentare il rischio di sviluppare severe compromissioni secondarie di matrice cognitiva, emotiva e comportamentale. In molti casi le vittime vengono strattonate, spinte o colpite soprattutto nelle regioni di capo, collo, volto e torace, determinando fratture ossee, emorragie cerebrali, ematomi intraparenchimali o subdurali, lesioni da contraccolpo fino a procurare trauma cranico (TBI). Le strutture cerebrali, se danneggiate, possono andare incontro ad un recupero spontaneo, ma spesso l'entità del danno è tale da procurare sequele secondarie severe e a lungo termine. Il TBI rappresenta, purtroppo, uno dei più frequenti esiti della violenza di tipo fisico, osservabile sia in donne vittime di IPV che di DV.

Quando l'impatto è violento e la vittima ha subito ripetutamente colpi, pugni e calci, il trauma cranico acquisito può arrivare a provocare un'alterazione dello stato di coscienza, fino alla sua perdita e al coma. Uno studio di Iverson e collaboratori, pubblicato nel 2019 su *Comprehensive Psychiatry*, ha indagato gli effetti della violenza con o senza TBI subita da un campione di donne veterane di guerra durante il servizio militare in Iraq ed Afghanistan. Dallo studio è emerso che le donne che svolgono il servizio militare risultano essere 1.6 volte più esposte al rischio di subire violenza fisica, psicologica o sessuale durante la carriera militare rispetto a donne non arruolate nell'esercito. In questa popolazione, il rischio di sviluppare sintomatologia psichiatrica acuta, PTSD, sintomatologia depressiva e ideazione suicidaria a seguito dei traumi



subiti, risulta essere sei volte maggiore rispetto alla popolazione generale di donne non esposte a violenza (Iverson et al., 2019).

In Italia, secondo l'Indagine sulla sicurezza delle donne condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (2020) per il triennio 2017-2019, il 44.1% delle donne vittime di violenza si è recata in Pronto Soccorso (PS) con trauma cranico e sono state 180 (0.9%) le vittime arrivare in PS codice rosso. Donne vittime di violenza che riportano un TBI non adeguatamente trattato possono andare in contro nel tempo a ricorrenti episodi di perdita di coscienza ed emicrania, problemi cognitivi a carico di memoria e attenzione, ansia e depressione, insonnia con una marcata alterazione del funzionamento personale e sociale globale. Molti dati della letteratura dimostrano una correlazione tra vittimizzazione *lifetime* e TBI con un aumentato rischio (+83%) di subire episodi di perdita di coscienza con una probabilità di 7 volte maggiore rispetto a quella di donne non esposte vittimizzazione ripetuta.

### **CAPITOLO 3.**

## **VIOLENZA CONTRO LE DONNE ED ACCESSO AI SERVIZI DI CURA: INCIDENZA DEL FENOMENO IN ITALIA E NEL MONDO**

### **3.1. Violenza contro le donne e accesso alle cure sanitarie: incidenza del fenomeno nel mondo**

In questo capitolo dell'elaborato saranno descritte le principali evidenze fornite dalla letteratura sul processo di *assessment* e riconoscimento di segni e sintomi patognomonicamente causati dalla violenza che possono determinare un accesso in PS. Si stima che le donne vittime di violenza domestica accedano ai servizi di cura e assistenza sanitaria con più frequenza delle non vittime, effettuando nel corso della vita un maggior numero di ingressi in PS e richiedendo un maggior numero di consulenze mediche o specialistiche. Tuttavia, si stima che una donna su cinque che accede presso servizi di cura riceva una diagnosi errata poiché i segni e sintomi riportati non vengono adeguatamente e tempestivamente ricondotti alla violenza subita (Sprague et al., 2014).

Purtroppo, ancora oggi nella nostra società il fenomeno della violenza contro le donne rappresenta un tabù che spesso compromette desiderabilità e ruolo sociale sia di chi lo subisce che di chi lo perpetra. La violenza non è sempre visibile e non sempre la donna vittima di violenza che richiede una consulenza medica ammette direttamente e volontariamente la sua condizione. Soprattutto nel caso di violenza psicologica, il quadro clinico riportato non è patognomonicamente e non risulta essere sempre facilmente e immediatamente riconducibile ad episodi di violenza di genere. A differenza della violenza fisica o sessuale che produce segni e sintomi facilmente riconoscibili, la violenza psicologica produce sequele di matrice psicosomatica, cognitiva, emotiva e comportamentale caratterizzate frequentemente da ansia, attacchi di panico, disturbi della memoria, alterazioni del ciclo sonno-veglia e nevralgie soprattutto nelle regioni di testa e collo. Spesso, la donna sceglie di non riferire la propria condizione di vittimizzazione per paura delle conseguenze, per il bene della famiglia, per sfuggire

all'onta della vergogna e del pregiudizio. Nella pratica clinica, la tempestiva identificazione di IPV è fondamentale per ridurre l'esposizione della donna ad ulteriori *outcomes* avversi per la salute e a vittimizzazioni future (Yousefnia et al., 2018). Pertanto, formazione ed esperienza del personale sanitario risultano pertanto essere determinanti nel precoce riconoscimento dei segnali di allarme riconducibili ad una condizione di vittimizzazione.

Dai dati pubblicati nel 2014 nella rassegna sistematica di Sprague e colleghi (Sprague et al., 2014), emerge che, tra il 1995 ed il 2009, la richiesta di cura e assistenza da parte di donne vittime di violenza domestica presso PS, reparti di medicina generale e ambulatori specialistici di ortopedia, ginecologia ed ostetricia sia aumentata nel mondo di trenta punti percentuali passando da un'incidenza del 20% al 50%. È stata indagata la correlazione tra IPV e accesso alle cure individuando i principali servizi clinici utilizzati dalle vittime in diversi momenti: *lifetime*, negli ultimi cinque anni di vita, nell'ultimo anno, negli ultimi tre mesi, nell'ultimo mese e durante il corso della più recente relazione con un *partner*, sia attiva che interrotta. Sono stati inclusi 29 studi pubblicati tra il 1995 ed il 2009 in tutte le lingue, condotti su una popolazione di donne vittime di violenza di età compresa tra 16 e 65 anni, prevalentemente di nazionalità britannica, australiana e americana. Le analisi dei dati hanno consentito di stimare, in percentuale, i principali tipi di violenza che hanno reso necessarie cure mediche: violenza generica (*overall*), violenza fisica, psicologica e sessuale. Sono state calcolate stime percentuali degli accessi delle vittime in servizi di cura quali: PS, reparti di traumatologia ed ortopedia, reparto di medicina generale, ambulatorio del medico di famiglia, reparti e/o cliniche specialistiche in ginecologia e ostetricia. Si sottolinea che in molti studi inclusi non è presente una precisa differenziazione delle tipologie di violenza subita per questo, le stime di incidenza della violenza *overall* non consentono

di individuare con esattezza cause ed esiti della violenza. Nel 19.9% dei casi i referti del PS evidenziavano la presenza di lesioni e traumi non accidentali e riconducibili a violenza domestica. Il 25% del campione osservato aveva subito almeno una volta nella vita, una forma di violenza generica, fisica o psicologica ed aveva dichiarato una condizione di vittimizzazione anche durante la più recente relazione intima con un *partner*. Dai dati è emerso che il 29% del campione aveva subito IPV fisico almeno una volta nella vita, richiedendo consulenze ginecologiche soprattutto nei 12 mesi precedenti lo studio e oltre il 60% aveva richiesto almeno una consulenza presso il reparto ospedaliero di medicina interna. Dallo studio emerge che, le forme di IPV sessuale ed emotivo, sebbene siano le più difficili da individuare, siano state subite dal 20% del campione almeno una volta nella vita e da oltre il 6% durante la relazione con l'attuale *partner*.

Lo studio di popolazione di Montero e colleghi (Montero et al., 2011) è stato condotto su oltre 10.000 donne adulte di età compresa tra 18 e 70 anni provenienti da ogni regione della Spagna, che hanno usufruito di servizi di cura a seguito di singoli o ripetuti episodi di IPV ed NPV tra il 2006 ed il 2007. Dallo studio è emerso che il 32.7% del campione aveva eseguito un accesso in PS a causa della violenza subita, che il 17.3% delle donne aveva subito violenza da parte del proprio *partner*, il 10.0% da un *non-partner* ed il 5.4% da più *offenders* (*partner*, familiari, colleghi di lavoro o conoscenti). I tassi percentuali di accesso alle cure dei controlli sono risultati nettamente inferiori a quelli del campione sperimentale: il 25.5% delle donne ha richiesto cure mediche presso i servizi di assistenza primaria, il 19.8% ha richiesto consulenze specialistiche, il 23.9% ha fatto accesso in PS e l'8.4% ha subito un ricovero nei sei mesi precedenti lo studio. Al contrario, il 43.6% delle donne vittime di violenza ha richiesto cure sanitarie, il 45.4% delle donne vittime di più *offenders* si è

recata in PS e nel 18.5% dei casi è stato necessario un ricovero ordinario. Il 40.4% delle donne vittime di violenza sul posto di lavoro ha richiesto cure mediche, il 47.7% ed il 40.4% delle donne vittime di violenza in contesto sociale o comunitario, dopo l'ingresso in PS, ha effettuato un ricovero rispettivamente nell'11.8% e nel 14.7% dei casi.

Altri dati della letteratura segnalano che in Australia, tra gli anni 2014-2015 e 2016-2017, non solo la richiesta di ospedalizzazione da parte di donne vittime di violenza risulta essere aumentata di ben ventitré punti percentuali, ma risultano essere aumentati anche gli accessi in PS da parte di bambini, persone anziane, omosessuali, transessuali e bisessuali per cause violente (Fisher et. al, 2020). Negli Stati Uniti d'America si stima che oltre 10 milioni di persone abbiano subito violenza interpersonale almeno una volta nella vita e che nel 2019 il 34% della popolazione abbia richiesto cure sanitarie a seguito di violenza domestica (Rodriguez et al., 2019). Dai dati di Matorri e colleghi, pubblicati nel giugno 2020 su *European Radiology*, emerge che, tra i mesi marzo e aprile 2020, in pieno *lockdown*, le richieste di soccorso e le segnalazioni di episodi di violenza domestica al Dipartimento di Polizia delle principali città del Nord America risultano essere aumentate del 27% a Boston, del 10% a Chicago, del 7% a Philadelphia, del 21% a Seattle e del 19% a Toronto (Matorri et al., 2020).

Quando una donna accede in PS o presso un servizio sanitario, alcuni indicatori in anamnesi patologica remota e/o rilevati in sede di esame obiettivo dovrebbero rappresentare segnali di allarme tali da poter far sospettare la presenza di cause violente. Nella seguente parte dell'elaborato saranno descritte le principali evidenze empiriche disponibili in letteratura che dimostrano la correlazione tra violenza domestica e lesioni riportate.

Traumi osservati in specifiche regioni corporee devono essere considerati patognomonicamente di casi di violenza, non potendo essere riconducibili ad altre cause per forma, estensione, gravità e sede anatomica (Wu et al., 2010). Le più comuni lesioni osservabili in vittime di violenza domestica sono fratture, distorsioni, lacerazioni, abrasioni, bruciature, contusioni toraciche e segni da taglio. Le sedi anatomiche maggiormente compromesse risultano essere cranio, collo e articolazione temporo-mandibolare poiché la vittima è spesso colpita con pugni sulla testa fino a procurare i tipici *pattern* di frattura. Allo stesso modo sono frequenti lesioni da contraccolpo, traumi al collo per via del tentato strangolamento, a mani nude o con oggetti, che lasciano segni ben riconoscibili dell'atto subito (Caponnetto et al., 2019). Medici e specialisti in ortopedia e radiologia potrebbero essere determinanti nell'identificazione precoce di vittime di violenza rilevando l'esatta natura ed entità di lesioni e fratture riportate mediante esami specifici (Matoori et al., 2020). Lo studio condotto da Loder e colleghi presso il Dipartimento di Chirurgia Ortopedica della *Indiana University School of Medicine* di Indianapolis, ha infatti dimostrato una correlazione tra traumi provocati da IPV e localizzazione anatomica. Sono stati inclusi nello studio i dati relativi ai traumi subiti dalla popolazione americana tra il 2005 ed il 2013 utilizzando il database *National Electronic Injury Surveillance System*. Tra il 2005 ed il 2013 l'incidenza media annua di accessi in PS per violenza su tutto il territorio americano è stata pari a 690 vittime ogni 10.000 abitanti. Tra gli oltre 4 milioni di accessi in Pronto Soccorso su tutto il territorio statunitense a causa di traumi acquisiti, il 7.1% è stato effettuato da donne vittime di violenza domestica. Mediamente, ogni 10.000 abitanti, lo 0.65% della popolazione che ogni anno in America accede in PS subisce IPV di tipo sessuale ed il 5.84% violenza fisica. Risultano essere vittime di IPV soprattutto donne (83.3%), con un'età media pari a 29.8 anni, che subiscono atti violenti prevalentemente in casa

(55.3%), riportando lesioni a carico di testa e collo, nel 96.1% dei casi tali da richiedere accertamenti diagnostici. Il 56.8% delle vittime del campione ha riportato contusioni e abrasioni a carico di collo e testa, il 57.4% fratture, il 61.5% lacerazioni, l'86.9% lesioni a organi interni e il 32.1% distorsioni. Le vittime maggiormente offese risultano essere quelle di età compresa tra 25 e 34 anni. È stato necessario procedere con un ricovero della vittima per il 2.0% di contusioni e abrasioni riportate, per il 9.0% delle fratture, per il 3.1% delle lacerazioni e per il 7.4% di traumi ad organi interni. In tabella 3.1, tratta dallo studio di Loder e colleghi (2020), sono illustrati i valori percentuali delle più comuni fratture osservate in PS su vittime di violenza.

Localizzazione anatomica delle fratture osservate in pazienti vittime di IPV	
Sede Anatomica	%
Cranio	0.5
Viso	48.3
Collo	0.6
Parte superiore del tronco	9.8
Parte inferiore del tronco	2.3
Spalle	3.0
Omero	1.3
Gomito	1.1
Avambraccio	3.8
Polso	3.4
Mano	6.4
Dita della mano	9.9
Femore	0.3
Ginocchia	0.2
Tibia	2.0
Caviglia	2.7
Piede	2.5
Dita dei piedi	1.9

Tabella 3.1. Localizzazione anatomica delle fratture osservate in pazienti vittime di IPV (Loder et al., 2020- Tabella 3, p.6).

Rozenfeld e colleghi (2019) hanno condotto uno studio retrospettivo per analizzare la correlazione tra violenza e ferite da taglio causate da accoltellamento, sia in uomini



che donne vittime di violenza interpersonale in Israele. Per lo studio sono stati utilizzati dati archiviati nel *Israeli National Trauma Registry* (INTR) relativi a 9.173 pazienti che hanno fatto accesso in uno dei 19 centri ospedalieri censiti nel INTR tra gennaio 1997 e dicembre 2014. Sono state considerate vittime di entrambi i generi ma la distribuzione della variabile risulta essere sbilanciata nel campione a favore del genere maschile, rappresentativo del 95.3% dei casi, a fronte del 4.7% rappresentato dal genere femminile. A differenza del campione femminile, i soggetti di genere maschile inclusi dell'indagine non sono da considerarsi vittime di DV per via di sede e tipologia delle lesioni riportate. Sono stati complessivamente registrati 26.252 accessi in PS per violenza interpersonale con oltre 9.000 casi di ferite da taglio. Il 48.2% del campione femminile ha subito violenza nella propria abitazione, soprattutto tra le ore 15:00 e le 23:00 (41.8%) e tra le 23:00 e le 7:00 del mattino (44.8%). Le donne che hanno fatto accesso in PS hanno riportato lesioni da taglio più severe (17.9% dei casi) rispetto a quelle osservate nelle vittime maschili (11.1%). Per il 14.7% delle donne, le ferite riportate hanno reso necessario un ricovero in terapia intensiva, nel 44.6% dei casi si è intervenuti chirurgicamente e nel 3.9% dei casi le lesioni sono state mortali.

Quando una donna accede in PS, a seguito dell'accettazione e del triage e in base al quadro clinico osservato, il personale sanitario dovrebbe eseguire uno *screening* approfondito per identificare e accertare casi di violenza. Ad oggi, sono ancora numerose le differenze nella pratica clinica dei servizi sanitari per la presa in carico di donne vittime di violenza poiché non sempre sono presenti ed utilizzati protocolli specifici per l'identificazione precoce di IPV e questo alimenta il rischio di sottostimare il reale impatto del fenomeno, aumentando anche il rischio di formulare errate diagnosi e commettere errori nella compilazione della documentazione clinica (Fischer et al., 2020). Poiché le vittime di violenza richiedono prestazioni sanitarie più frequenti delle

non vittime (Sprague et. al, 2014), una documentazione clinica non completa e non corretta, comprometterebbe in modo severo quantità, qualità e tipologia di cure e assistenza ed esporrebbe la donna al rischio di subire pericolose *escalation* della violenza.

Nella presa in carico della donna vittima di violenza, la predisposizione del personale alla relazione e alla comunicazione con il paziente risulta essere fondamentale per la costruzione di una solida alleanza terapeutica. Lo studio di ricerca di Yousefnia e colleghi pubblicato nel 2018 su *Injury and Violence*, rappresenta il primo studio di ricerca condotto in Iran che valuta l'associazione tra pratica clinica per l'*assessment* di violenza domestica in Pronto Soccorso e caratteristiche del personale sanitario. Lo studio è stato condotto su un campione 300 di professionisti sanitari di età compresa tra 25 e 50 anni, con un'età media di 34.3 anni, per il 75% di genere femminile. Il campione aveva un'esperienza professionale media pari a 9.5 anni di servizio, svolti presso i 10 ospedali della città di Isfahan inclusi nello studio. Tutti i professionisti reclutati nello studio iraniano hanno riferito di aver avuto esperienza clinica di pazienti vittime di DV, prendendone in carico, in media, 25 durante gli anni di carriera professionale. Nello studio sono stati inclusi medici, infermieri e ostetriche a cui è stato somministrato un questionario per valutare la qualità della presa in carico di vittime di violenza domestica indagando le modalità di esecuzione e applicazione delle procedure previste per la rilevazione di danni fisici e lesioni di natura fisica e/o psichica. Dai dati emerge che i professionisti tra 30 e 40 anni e con un'esperienza lavorativa media compresa tra 5 e 10 anni, appartenenti ad una classe sociale medio-alta risultavano essere più performanti nella presa in carico di donne vittime di violenza in quanto più predisposti alla relazione con il paziente, fortemente motivati e scrupolosi nell'applicazione di protocolli e procedure. L'89% di essi, riteneva che la corretta

esecuzione delle procedure di *screening* potesse ridurre l'incidenza di danni psicofisici secondari per la vittima ed il 92% riteneva che fornire un aiuto efficace a donne vittime di violenza fosse fondamentale nel percorso di presa in carico (Yousefnia et al., 2018). Nella pratica clinica quotidiana non è sempre facile o possibile aprire un canale comunicativo efficace con una donna vittima di violenza che spesso vive la fase del colloquio anamnestico con forte ansia, ritenendo tale procedura un'invasione della propria *privacy*. Non sempre la comunicazione della vittima che si reca in PS è trasparente e sincera, per questo il saper essere e la predisposizione relazionale del personale sanitario è determinante nella costruzione di alleanza terapeutica. La presenza del maltrattante o di familiari in sede di anamnesi, la paura per le conseguenze, la diffidenza verso il personale sanitario e la mancata motivazione ad avviare un percorso di emersione dalla violenza spesso portano la donna ad omettere informazioni fondamentali e facilitanti il processo di diagnosi e cura. Per questo il personale sanitario agevolare la relazione con la donna offrendo un *setting* protetto e sicuro in cui instaurare una comunicazione efficace, favorendo un clima di fiducia e sincerità. Molto spesso però, la mancanza di spazi riservati e adeguati, la carenza di personale e di tempo, possono ostacolare o rallentare la corretta applicazione di procedure e protocolli ostacolando la costruzione di una valida alleanza terapeutica. La rassegna sistematica eseguita da Ahmad e colleghi e pubblicata nel 2017 sul *Journal of Clinical Nursing*, indaga fattori di rischio e fattori predisponenti l'esecuzione delle corrette procedure per *screening* precoce di violenza domestica in Pronto Soccorso analizzando dati di 24 studi condotti tra Canada, Stati Uniti d'America, Islanda, Nuova Zelanda, Australia, Regno Unito e Belgio, pubblicati tra il 2000 ed il 2015. Dai dati emerge che il 54% del campione che ha richiesto un accesso in Pronto Soccorso è stata vittima di violenza domestica almeno una volta nella vita ma che solo

nel 5% dei casi il personale medico-sanitario ha effettuato una corretta diagnosi di IPV mentre la restante percentuale dei casi è riferibile a vittime di abusi non correttamente diagnosticati e segnalati ai servizi assistenziali e non adeguatamente presi in carico. La difficoltà vissuta dalla donna rievocando il trauma subito può ostacolare l'esecuzione di un efficace colloquio anamnestico e per questo si preferiscono questionari carta-penna per ridurre il rischio di omissioni e falsi riconoscimenti.

Fisher e colleghi hanno condotto uno studio presso l'Ospedale metropolitano di Melbourne, in Australia, sia per ottenere evidenze sulle modalità di esecuzione di *screening* precoce per DV presso il PS, sia per indagare il vissuto personale delle vittime di violenza che accedevano in PS. Lo studio, pubblicato nel 2020 su *Women's Health*, ha indagato il ruolo del supporto psicologico offerto da personale esperto (psicologi e assistenti sociali dell'ospedale) nel processo di *self-disclosure* di vittime di violenza familiare arrivate in PS per i traumi subiti. Le donne prese in carico in PS sono risultate vittime di violenza familiare di tipo fisico, sessuale o psicologico con una proporzione di una donna su quattro. Sono stati messi a disposizione delle 59 pazienti incluse nello studio dieci dispositivi elettronici (*tablets*) da utilizzare per compilare una breve intervista informatizzata. Nel pieno rispetto della *privacy* e in un *setting* adeguato, alle donne veniva chiesto di rispondere a poche domande riguardanti la propria esperienza durante la degenza. Il 25.42% del campione ha ammesso di essere vittima di DV mentre il 71.19% delle donne ha omesso la propria condizione. Dallo studio è inoltre emerso che solo il 35% del personale sanitario aveva svolto una formazione specifica per la presa in carico di donne vittime di violenza, con un periodo medio di formazione compreso tra 1-3 ore. Per questo motivo, le scarse competenze relazionali e la scarsa esperienza clinica non hanno sempre reso possibile la corretta identificazione delle vittime di DV. Tuttavia, il 73.33% delle donne auto-dichiaratesi vittime

di violenza familiare ha affermato di essersi sentita molto supportata dal personale sanitario e per l'80% delle assistite il supporto empatico, emotivo e psicologico ricevuto è stato di fondamentale aiuto per affrontare il periodo di degenza.

### **3.2. Violenza contro le donne e accesso alle cure in Italia: Linee guida ministeriali in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria in Pronto Soccorso e sul territorio per le donne vittime di violenza**

I dati diffusi dall'ISTAT sull'incidenza della violenza contro le donne in Italia segnalano una capillarizzazione del fenomeno sul territorio italiano, tuttavia, l'indagine epidemiologica sull'incidenza di accesso alle cure sanitarie a causa della violenza subita è stata avviata solo a partire dal 2008. Con il Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008, promulgato dai Ministeri del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, è stato infatti istituito il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate in emergenza-urgenza (EMUR) ovvero presso il Servizio 118 ed il Pronto Soccorso delle Aziende sanitarie ed Ospedaliere italiane. Il sistema di raccolta dati degli accessi e delle prestazioni sanitarie erogate prevede che vengano registrate informazioni relative ai seguenti indicatori: responsabile dell'invio al Pronto Soccorso (come medico di famiglia, 118 o altra struttura territoriale); codice-colore assegnato in fase di triage, problematica riscontrata e diagnosi formulata, tipo di trauma subito, esito del trattamento e diagnosi alla dimissione. I codici-colore assegnati in triage considerati a fini statistici sono: codice Bianco (indicativo di una condizione clinica non critica), codice Verde (condizione clinica poco critica), codice Giallo (condizione clinica mediamente critica), codice Rosso (indice di una condizione molto critica) e codice

Nero, assegnato quando il soggetto raggiunge l'ospedale già privo di vita. Ai canonici codici-colore, a partire dal 2010 la AUSL n°9 di Grosseto ha introdotto, nell'ambito di un progetto pilota il "codice rosa", assegnato sia alle donne vittime di violenza che alle vittime di discriminazione, per avviare specifici percorsi di presa in carico denominati "Percorso per le donne che subiscono violenza" e "Percorso per le vittime di crimini d'odio". Dal 2016, il progetto toscano "Codice Rosa" è attivo presso tutti i dipartimenti EMUR della regione Toscana ma non è ancora stato adottato a livello nazionale. La Regione ha promosso e finanziato la creazione di appositi spazi dedicati ad accoglienza, ascolto e supporto psicologico delle vittime di violenza sin dall'ingresso nei PS, investendo sulla formazione del personale sanitario e sulla creazione di *task force* multidisciplinari che connettono sinergicamente l'attività di personale esperto in ambito medico, psicologico, socioassistenziale e legale alla rete di servizi antiviolenza territoriali. I dati diffusi dalla regione Toscana, aggiornati al 2018, attestano che presso i Pronto Soccorso regionali l'applicazione del codice rosa ha consentito di identificare complessivamente 2.799 casi totali di maltrattamenti, abusi e *stalking* sia perpetrati ai danni di adulti (2.365 casi) che di minori tra 0 e 17 anni (434 casi) (Regione Toscana, 2018).

L'approvazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 ha sancito l'applicazione di Linee guida nazionali per la presa in carico delle vittime di violenza presso i Pronto Soccorso, con il fine di migliorare ed unificare le procedure di identificazione precoce delle vittime di violenza per tutelarne incolumità e stato di salute nel tempo. La Figura 4.1. riporta in dettaglio le fasi di presa in carico della donna vittima di violenza presso il PS definite dalle Linee guida ministeriali, di seguito descritte. Le procedure prevedono che la donna che si reca in PS, in autonomia o accompagnata, venga sottoposta alla routinaria procedura di triage per

la rilevazione di segni e sintomi clinici. Nel caso in cui l'eziopatogenesi delle condizioni cliniche riportate non venga attribuita a cause violente, l'iter di presa in carico della donna procede regolarmente con assegnazione del codice-colore adeguato e con l'erogazione delle cure necessarie. Al contrario, nei casi in cui si sospettino o si esplicitino cause violente all'origine dei traumi riportati, si attribuisce un codice giallo, riferibile ad una condizione clinica di livello di gravità modesta, per poi procedere all'attivazione dello specifico percorso per donne vittime di violenza. Per ovviare al rischio di abbandono volontario durante l'attesa della visita medica, le indicazioni nazionali guida prevedono che, a tutela della *privacy* alla donna, le siano riservati spazi dedicati e riservati provvisti di materiale informativo e divulgativo sul tema della VA e la rete di servizi territoriali. A seguito dell'esame obiettivo e del colloquio anamnestico, il personale sanitario può procedere alla somministrazione della *Brief Risk Assessment for the Emergency Department* (Snider et al., 2009), lo strumento standardizzato e validato per la valutazione del livello di rischio di reiterazione della violenza e della sua *escalation* in esiti più gravi come il femminicidio. Lo strumento, disponibile nell' Allegato B delle Linee guida nazionali (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017), disponibile in Gazzetta Ufficiale, può essere applicato durante il colloquio con la donna, proponendole di rispondere a 5 *items*: la risposta affermativa a 3 *items* su 5 evidenzia un rischio di re-vittimizzazione alto. Al contrario, nel caso in cui sia rilevato un basso rischio di recidive, il personale sanitario procede a redigere il verbale di dimissioni, fornendo all'assistita le indicazioni più idonee alla prosecuzione delle cure. Nei casi più gravi in cui la donna è in pericolo di vita, non possa far rientro al proprio domicilio o si ipotizza un alto rischio di *escalation* della DV, il personale sanitario può procedere attivando un ricovero ordinario o un periodo di Osservazione Breve Intensiva (OBI) per garantirle temporanea tutela.

Le linee guida ministeriali hanno introdotto l'utilizzo di specifici codici ICD9-CM (versione 2007) da applicare nel caso in cui si accerti che la vittima presa in carico in PS sia vittima di violenza. L'obiettivo è quello di rendere univoca l'identificazione dei casi di violenza in modo che possano essere segnalati sia sulle banche dati nazionali, per monitorare l'andamento del fenomeno nel tempo, sia per monitorare l'accesso alle cure da parte della vittima (eventuali ricoveri pregressi, sia per cause generiche che violente, e relativi esiti, diagnosi e prognosi). Le Linee guida ministeriali prevedono che in caso di violenza su minori venga assegnato il codice 995.50 in caso di abuso e/o maltrattamento, il codice 995.53 in caso di abuso sessuale e il codice 995.51 in caso di violenza psicologica. La segnalazione di abuso e/o maltrattamento su soggetti adulti viene eseguita utilizzando il codice 995.80 ed il codice 995.83 nel caso in cui la violenza subita sia stata di natura sessuale. Per specificare la tipologia di violenza subita, le Linee guida ministeriali dispongono che ogni codice di sopra menzionato, venga affiancato da specifici codici categoria e codici sottocategoria da apporre per dettagliare la forma di violenza subita. L'elenco completo di codici ICD9-CM previsti possono essere reperiti e consultati in forma completa nel documento "Allegato. Codice delle diagnosi per il monitoraggio del fenomeno della violenza", contenuto nella nota metodologica del *report* del Ministero della Salute (2020) dedicato agli accessi in PS di donne vittime di violenza nel triennio 2017-2019.



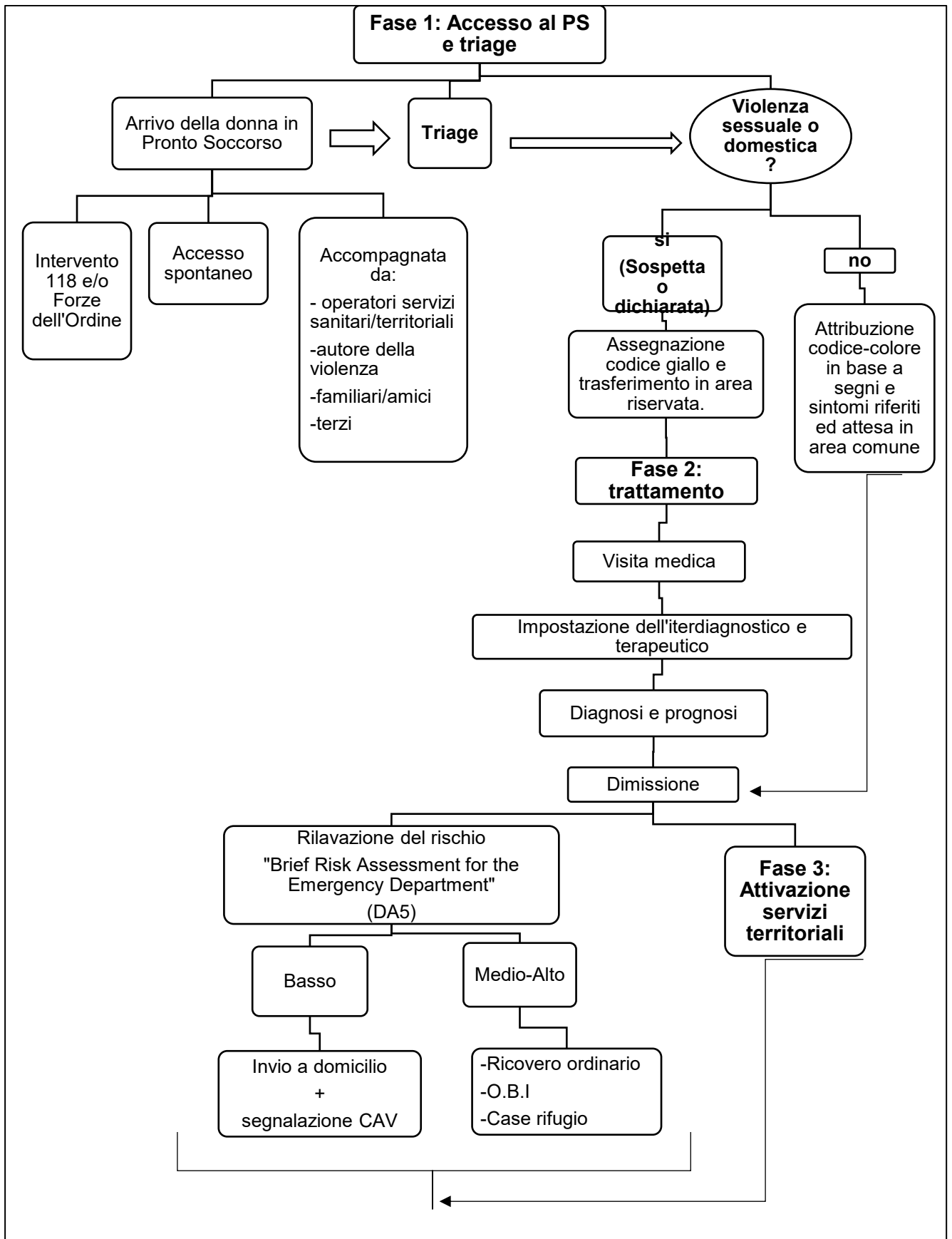


Figura 4.1. Linee guida nazionali per la presa in carico delle vittime di violenza in PS, 2017 (Consultato da [DPA\\_Scan0000.tif](http://DPA_Scan0000.tif) ([pariopportunita.gov.it](http://pariopportunita.gov.it)), p. 10).

### 3.2.2. Violenza sulle donne e accesso alle cure in Italia: dati epidemiologici

Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel 2020 relativi al triennio 2017-2019, 16.140 donne in tutta Italia hanno effettuato almeno un accesso in Pronto Soccorso per cause generiche, e 19.166 ingressi per cause violente. I dati, segnalano che sono perlopiù donne di età compresa tra 35 e 44 anni ad effettuare accessi in PS (23.3%), risultando la categoria maggiormente esposta al rischio di vittimizzazione. Complessivamente, in Italia 14.3% degli accessi in servizi EMUR è stato effettuato da assistite tra 0-17 anni, il 13.0% da donne tra 18 e 24 anni. Il 20.7% degli ingressi è stato effettuato da donne di età compresa tra 25 e 34 anni, il 23.3% da donne appartenenti alla fascia di età 35-44 anni, il 6.5% da donne tra 55 e 64 anni. Nel 2.5% e 1.8% dei casi l'età delle vittime di violenza era rispettivamente compresa tra 65 e 74 anni o maggiore dei 75 anni

Nel triennio 2017-2019, con una proporzione di 2 casi su 3, con un'incidenza pari al 67%, la vittima si è recata spontaneamente in PS mentre in 1 caso su 4 (24.3%) è stato richiesto l'intervento del 118, soprattutto per donne *over 65* (48.7%), spesso vittime di incidenti domestici o cadute accidentali (14%).

Dai dati emerge che il 24.7% delle donne ha subito almeno un episodio di violenza fisica o sessuale da parte di uomini *non partner* come estranei (13.2%), conoscenti (6.3%), amici (3%), parenti (2.6%) o colleghi di lavoro (2.5%). Nel triennio, 8.448 donne (72.8%) hanno riportato un trauma acquisito a causa di un'aggressione subita, il 14.3% da riportato traumi a causa di un incidente domestico, il 12.7% a seguito di incidenti intercorsi in altri luoghi e lo 0.2% a seguito di condotte autolesioniste. Le aggressioni subite hanno causato traumi di varia natura al 72.3% delle vittime tra 0 e 17 anni ed al 73.8% delle donne tra 18 e 24 anni. La maggior percentuale di traumi acquisiti (74.3%)

è stata subita dalle donne di età compresa tra 25 e 34 anni, seguita da donne tra 35-44 anni (72.7%) e da donne tra 45-54 anni (72.5%).

Nel triennio osservato, a 874 donne (4.6%) è stato assegnato un codice-colore bianco; a 13.801 donne (72.0%) è stato assegnato un codice verde mentre 4.285 donne (22.4%) hanno fatto accesso in PS in condizioni di moderata gravità, con codice giallo. Sono state 180 le donne (0.9%) a cui è stato applicato un codice rosso e per le quali si è resa necessaria l'applicazione di procedure d'urgenza. Nel triennio di riferimento 9 donne sono state portate in Pronto Soccorso in codice nero, ovvero già prive della loro vita per causa della violenza subita.

Alle donne minorenni che hanno fatto accesso in PS nel triennio osservato è stato assegnato più frequentemente un codice colore giallo (37.5%), indicativo di una condizione clinica moderatamente critica, rosso nell'1.6% dei casi. Tra il 2017 ed il 2019, per 17.074 donne (89.1%), l'accesso in PS ha determinato una dimissione con rientro al proprio domicilio mentre si sono registrati 17 casi (0.1%) di abbandono volontario della struttura. Per 1.109 donne (5.8%) si è reso necessario procedere con un ricovero ospedaliero ordinario, 563 (2.9%) donne hanno rifiutato il ricovero, soprattutto tra 35 e 44 anni, categoria a cui si è assegnato un valore percentuale pari al 4.5%, rispetto ai rifiuti totali. Sono state 394 (2.1%) le assistite dimesse con indicazione di rivolgersi al proprio medico curante.

La diffusione delle Linee Guida Nazionali per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere e la crescente attenzione attribuita al tema della violenza contro le donne sono fattori che hanno contribuito a migliorare qualità e tipologia di procedure di raccolta e analisi statistica dei dati relativi agli accessi alle cure. Inoltre, la promozione ed il finanziamento di corsi di formazione per il personale sanitario che opera presso i servizi EMUR, promossa dal Ministero della Salute, ha rappresentato un valore

aggiunto per uniformare le procedure di *assessment* e *screening* precoce dei casi di violenza in PS riducendo il rischio di omissioni o mancati riconoscimenti. Sin dal 2015, l'Istituto Superiore di Sanità ha infatti avviato e finanziato un progetto di formazione che ha coinvolto tutti gli operatori sanitari e non sanitari di 28 PS, prevalentemente dislocati tra Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia, erogando aggiornamenti professionali in materia di diagnosi, trattamento e gestione dei casi di violenza di genere. Anche per gli anni 2019-2020 il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha finanziato un piano nazionale di aggiornamento professionale dedicato ai professionisti sanitari e non che ogni giorno cooperano nella lotta alla VAW. Nel periodo considerato, 624 PS d'Italia e oltre 26.000 professionisti, tra medici ed operatori sanitari, assistenti sociali, forze dell'ordine e giuristi, hanno aderito al piano di formazione a distanza proposto. Secondo l'ISTAT (2021), l'attività formativa ha coinvolto il 51.8% degli operatori dell'area infermieristica e ostetrica, il 13.7% del personale medico, il 4.5% dei professionisti psicologi ed il 4% dei professionisti non sanitari impegnati ogni giorno nella lotta contro la violenza sulle donne.

## **CAPITOLO 4.**

### **VIOLENZA CONTRO LE DONNE E ACCESSO ALLE CURE PRESSO L'OSPEDALE MAGGIORE DI PARMA: UN CONTRIBUTO EMPIRICO**

La violenza di genere, soprattutto se subita *lifetime*, può rendere necessarie cure sanitarie e ricoveri ospedalieri sebbene non sempre la donna che si reca in PS dichiara spontaneamente la violenza subita. Per questo motivo è di fondamentale importanza che su tutto il territorio nazionale sia costantemente promossa e attuata l'applicazione delle Linee guida ministeriali introdotte con l'approvazione del Decreto Legislativo del 24 novembre 2017, per unificare l'identificazione delle donne vittime di violenza sin dall'ingresso presso le Aziende sanitarie e ospedaliere di tutto il territorio nazionale con il fine di migliorare la qualità delle cure e dell'assistenza sociosanitaria erogate della donna nel tempo, sia nei servizi EMUR che sul territorio.

Sulla base delle evidenze scientifiche della letteratura a dimostrazione della correlazione tra violenza e richiesta di cure sanitarie da parte delle donne (Sprague et al., 2014), una delle attività di ricerca del Laboratorio di Psicologia Cognitiva coordinato dalla Professoressa Pino e collaboratori, presso l'Unità di Neuroscienze del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma, si è focalizzata sullo studio dei dati di un campione di donne, presumibilmente vittime di violenza, che hanno fatto accesso presso il PS dell'ospedale Maggiore di Parma negli anni 2017 e 2018. Tale progetto di ricerca si pone l'obiettivo di fornire un contributo empirico valido che possa incentivare la futura attività di formazione professionale del personale che opera presso il PS, nonché la creazione di uno spazio dedicato alle donne vittime di violenza che si recano in ospedale per garantire loro una presa in carico adeguata, integrata e coerente alle esigenze del singolo caso clinico, incrementando l'attività sinergica di collaborazione della rete multiprofessionale di attori che già ogni giorno operano sul territorio fornendo un fondamentale contributo alla lotta contro la violenza di genere.

#### **4.1. Violenza contro le donne e accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Parma: analisi dei dati**

L'oggetto di studio della presente ricerca è stato un *dataset* contenente dati relativi a 900 donne prese in carico presso il PS dell'ospedale di Parma per presunte cause violente negli anni 2017 e 2018. Utilizzando il software R Studio (versione 4.0.2) sono state condotte analisi statistiche descrittive e inferenziali, illustrate in dettaglio nel seguente paragrafo.

In virtù della natura delle variabili osservate, prevalentemente categoriali, è stata eseguita la verifica delle ipotesi di associazione applicando il *Test* del Chi Quadrato o il *Test* della probabilità esatta di *Fisher*, laddove le frequenze attese in ogni cella della tabella di contingenza studiata fossero risultate inferiori al *cut-off* di 5 osservazioni previsto ai fini dell'applicabilità del *Test* di indipendenza.

Per ogni soggetto del campione accolto presso il PS di Parma nel periodo considerato sono stati raccolti dati socio-anagrafici (Tabella 4.1) relativi a età, genere, cittadinanza e provincia di residenza, dati relativi a data di ingresso e di uscita dal PS, momento della giornata in cui è avvenuto l'ingresso, ambulatorio presso il quale la donna è stata presa in carico, tempo di permanenza e possibili esiti.

Nel pieno rispetto della *privacy*, ogni assistita è stata identificata solo a mezzo del codice identificativo di ingresso, omettendo qualsiasi riferimento a generalità e dati sensibili riconducibili ad essa. Tuttavia, l'assegnazione di un temporaneo codice identificativo d'ingresso non ha consentito di verificare se nel campione alcuni soggetti avessero eseguito più di un accesso nello stesso anno o nel corso dei due anni per questo, si rimarca l'importanza dell'utilizzo di un codice-paziente univoco che possa

consentire di monitorare il numero di accessi presso i servizi EMUR nel tempo, individuando così i casi ad alto rischio di recidive.

È importante segnalare che, nel momento storico in cui sono stati raccolti i dati presso l'ospedale di Parma, le Linee guida nazionali, illustrate in dettaglio nel capitolo precedente, non erano ancora entrate in vigore per questo i dati raccolti non contengono i codici ICD9-CM previsti attualmente per identificare e accertare casi di violenza. In virtù di questa evidenza, i soggetti del campione sono da considerarsi presumibili vittime di violenza, abusi o maltrattamenti basati sul genere.

I dati del campione studiato non contengono informazioni relative il codice colore assegnato alla donna in fase di triage, né a entità, tipologia e sede di segni e sintomi clinici riportati: per questo, non è stato possibile verificare ipotesi di associazione o predizione della condizione clinica rispetto ad altre variabili note. Il *dataset* oggetto di studio contiene tuttavia dati relativi al tipo di ambulatorio del PS presso cui le assistite del campione sono state prese in carico dopo la fase di triage.

L'intero campione osservato risulta essere composto da 900 soggetti, esclusivamente di genere femminile, di età media pari a 37.57 anni (SD=15.67), di nazionalità italiana (n=540) o straniera (n=315). Alcuni dati socio-anagrafici, pari a 183 osservazioni, sono risultati mancanti per 45 donne del campione, pertanto, sono stati inclusi nelle analisi solo 855 soggetti.

Soggetti	N=900			
Genere	F (100%)			
Età	Media=37.57; SD= 15.67			
Cittadinanza	Italiana (I)	Tot. (n, %) N=540 (63.2%)	media aa 39.85	SD 16.95
	Straniera (S)	N=315 (36.8%)	33.67 aa	12.26

Tabella 4.1. Variabili socio-anagrafiche del campione complessivo.



La Figura 4.1, mostra la distribuzione delle età del campione preso in carico in PS per verosimili cause violente. Si segnala che l'assistita più giovane, accolta in PS nel 2017, aveva appena cinque mesi di vita e che l'età di un soggetto, che risulta essere pari a 117 anni, è stata verosimilmente attribuita in modo erroneo ed è, pertanto, da considerarsi un refuso nella compilazione del *database*.

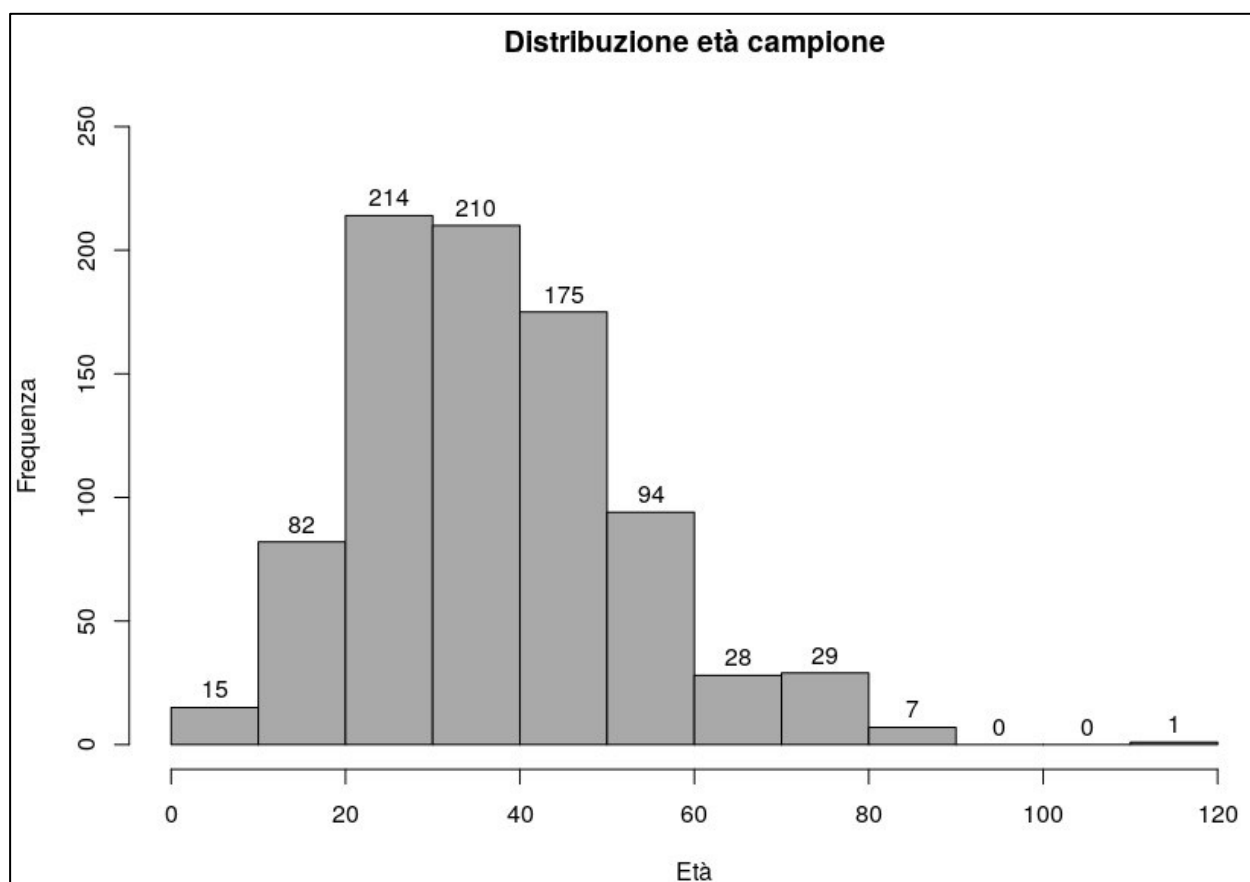


Figura 4.1. Distribuzione età nel campione complessivo.

L'Osservatorio Regionale sulla violenza di genere della Regione Emilia-Romagna, istituito con DGR 335/17, ha diffuso i dati relativi l'accesso alle cure sia per cause violente che generiche presso i PS della regione negli anni 2017 e 2018. Pertanto, operando una categorizzazione delle età del campione parmense nei *range* considerati nelle statistiche regionali, è stato possibile effettuare una comparazione tra

i dati di incidenza di accesso in PS nei due anni sia nella sola città di Parma che su tutto il territorio regionale.

Le età del campione di donne prese in carico presso il PS di Parma sono quindi state categorizzate come segue: 0-16, 16-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-70 anni, *over 70* tuttavia, sono state escluse dalla comparazione descrittiva le fasce di età 0-16 anni ed *over 70*, le cui percentuali di incidenza degli accessi in PS non sono disponibili tra i dati regionali. Come illustrato in dettaglio in Figura 4.2 e in Tabella 4.2 il maggior numero degli accessi nel PS di Parma risulta effettuato da donne tra 25 e 34 anni e tra 35 e 44 anni e in regione da donne tra 35 e 54 anni.

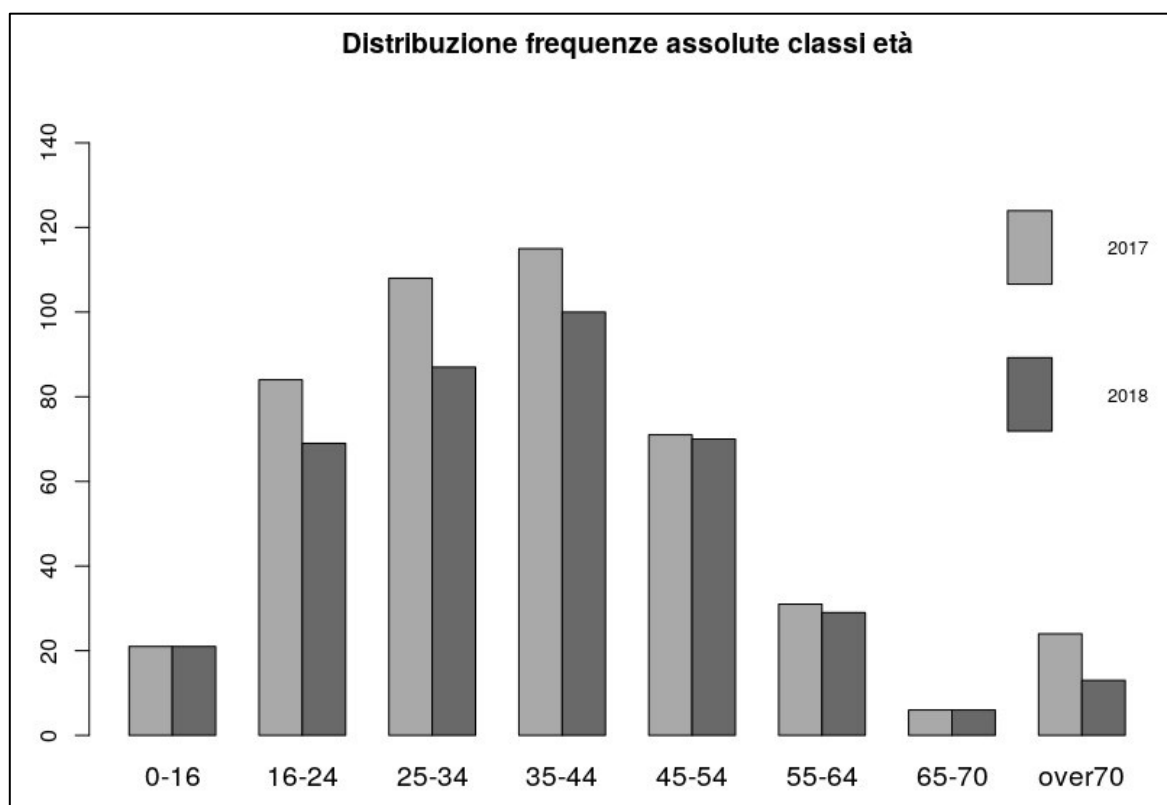


Figura 4.2. Distribuzione frequenze assolute per classe d'età anni 2017 e 2018.

Fascia di età	% accessi PS Parma 2017	% accessi PS Parma 2018	Tot. (n)	Tot. %	2017		2018	
					% accessi totali in Regione	% accessi per accertata violenza in Regione	% accessi totali in Regione	% accessi per accertata violenza in Regione
16-24	9.8	8.1	153	17.9	12.7	10.8	12.8	16.2
25-34	12.6	10.2	195	22.8	18.9	24.2	18.9	23.3
35-44	13.5	11.7	215	25.1	20.6	26.4	20.0	27.3
45-54	8.3	8.2	141	16.5	20.3	22.4	20.6	21.5
55-64	3.6	3.4	60	7.0	17.1	9.0	17.6	9.4
65-70	0.7	0.7	12	1.4	10.4	2.6	10.5	2.4

Tabella 4.2. Percentuale di accessi in Pronto Soccorso di Parma negli anni 2017 e 2018 a confronto con gli accessi in PS nella Regione Emilia-Romagna sia per cause generiche che per cause violente (Osservatorio Regione Emilia-Romagna sulla violenza di genere, 2018 e 2019).

Per quanto riguarda l'età del campione parmense, come dimostrato dal *t Test* per campioni indipendenti applicato, l'età media delle donne accolte in PS nei due anni risulta essere pressoché sovrapponibile. Per l'anno 2017 l'età media del campione è pari a 37.76 anni (SD=16.01) e pari a 37.35 anni (SD=15.28) per l'anno 2018. Dallo studio del modello e dalla verifica dei pre-requisiti emerge che la varianza dell'età media tra i due anni è uguale [ $t_{(853)}=0.37$ ,  $p=.71$ , 95% CI= da -1.70 a 2.51]. È stata poi applicata una regressione lineare semplice ai dati campionari relativi a età e anno di accesso in PS: la verifica dei prerequisiti del modello ha confermato che la varianza

tra i gruppi di pazienti accolte nei due anni è uguale [ $F_{(1,853)} = 0.14$ ,  $R^2 = 0.0001$ ,  $R^2_{adj} = -0.001$ ,  $p = 0.70$ ] e l'analisi della varianza ha confermato che le variabili sono tra loro indipendenti [*Wilcoxon test*,  $W = 91209$ ,  $p = 0.46$ ].

A livello descrittivo, si osserva che il campione studiato risulta essere prevalentemente composto da donne di nazionalità italiana (I,  $n = 540$ ) rispetto a donne di nazionalità straniera (S,  $n = 315$ ). La distribuzione degli ingressi per nazionalità risulta essere pressoché sovrapponibile nei due anni (anno 2017: I=293, S=168 ; anno 2018: I=247, S=148) infatti la non significatività del *Test del Chi-squared* applicato [ $\chi^2_{(1)} = 0.07$ ,  $p = 0.77$ ] ha attestato l'indipendenza tra la variabile "cittadinanza" e la variabile "anno" e, per questo, le differenze nella distribuzione degli accessi tra i due anni in base alla cittadinanza sono da considerarsi fluttuazioni puramente casuali.

Le donne italiane del campione risultano essere in media più mature ( $mean = 39.85$ ;  $SD = 16.95$ ) rispetto alle donne straniere ( $mean = 33.67$ ;  $SD = 12.26$ ). È stata applicata un'analisi della varianza a una via alla variabile età tra i livelli della variabile cittadinanza ottenendo un risultato significativo [ $F = 32.03$ ,  $p < 0.001$ ;  $R^2 = 0.036$ .  $R^2_{adj} = 0.035$ ] che attesta che le medie dell'età sono statisticamente diverse tra le donne italiane e straniere del campione, anche se l'effetto della nazionalità è debolissimo.

Dai dati emerge che, nei due anni, hanno fatto ingresso in PS per presunte cause violente donne provenienti da gran parte delle regioni italiane, tuttavia, la maggior parte del campione (59.3%) risulta essere residente nel comune di Parma. Si registrano invece le seguenti percentuali di residenza in comuni limitrofi: Collecchio (2.1%), Colorno (2.1%), Fornovo di Taro (1.9%), Medesano (1.6%), Noceto (1.5%), Fontevivo (1.3%), San Secondo Parmense (1.3%), Montechiarugolo (1.2%), Torrile (1.1%).

La Tabella 4.3 riporta in dettaglio i paesi di provenienza delle donne straniere, segnalando in grassetto i valori di distribuzione, espressi in percentuale, maggiori.

Provenienza	%	Provenienza	%	Provenienza	%
<b>Albania</b>	<b>5.7</b>	Etiopia	1.6	Perù	1.0
Austria	1.0	Filippine	1.9	Rep. Ceca	0.3
Belgio	0.3	Ghana	1.9	Rep. Dom.	1.0
Bosnia-Ezegovina	0.3	Guinea	0.6	Romania	<b>15.2</b>
Brasile	1.6	India	1.6	Russia	1.3
Bulgaria	0.3	Iran	0.3	Sconosciuta	0.6
Burkina-Faso	0.6	Ecuador	1.0	Senegal	1.3
<b>Camerun</b>	<b>4.4</b>	Estonia	0.6	Slovacchia	0.6
Capo Verde	0.3	Lettonia	1.3	Spagna	0.3
Cile	1.0	Lituania	0.3	USA	0.6
Cina	1.9	Macedonia	0.3	<b>Tunisia</b>	<b>4.1</b>
Colombia	0.3	Mali	0.3	<b>Ucraina</b>	<b>4.1</b>
Corea del Sud	0.3	<b>Marocco</b>	<b>4.8</b>	Uganda	0.3
<b>C. d'Avorio</b>	<b>5.4</b>	Mauritius	0.6	Uzbekistan	0.3
Croazia	0.6	<b>Moldavia</b>	<b>9.8</b>	Venezuela	0.3
Cuba	0.6	Niger	0.6		
Ecuador	1.0	Etiopia	1.6		
Estonia	0.6	<b>Nigeria</b>	<b>16.2</b>		

Tabella 4.3. Tassi percentuali di provenienza delle donne straniere.

I dati raccolti hanno consentito di descrivere la distribuzione degli accessi in PS rispetto alle ore del giorno in cui sono stati effettuati, differenziando tre diversi momenti della giornata: mattino (tra le ore 06:00 e le ore 13:00), pomeriggio (tra le ore 13:00 e le ore 21:00) e notte (tra le ore 22:00 e le ore 06:00). Sono stati registrati 251 accessi al mattino (27.9%), 439 in fascia pomeridiana (48.8%) e 210 in fascia notturna (23.3%). Sia nel 2017 che nel 2018 il maggior numero di ingressi è stato effettuato in fascia pomeridiana con valori assoluti rispettivamente pari a 220 e 219 ingressi. Al mattino sono stati effettuati 148 ingressi nel 2017 e 103 nel 2018 e in fascia notturna 110 ingressi nel 2017 e 100 nel 2018. La non significatività del *Test* del *Chi-squared* applicato ha attestato l'indipendenza tra le variabili "anno" e "fascia oraria di ingresso" [ $\chi^2=5.08$ , p.0] pertanto, le differenze nella distribuzione degli ingressi durante il giorno nei due anni sono da considerarsi una fluttuazione casuale. L'analisi dei residui standardizzati, ovviamente non significativa, non ha infatti evidenziato differenze

statisticamente significative tra le frequenze osservate e quelle attese in base al caso. Gli accessi in ospedale, per via di un *p-value* a soglia [ $\chi^2_{(2)}=6.15$ ,  $p.05$ ] risulterebbero essere associati alla cittadinanza della donna ma il valore del coefficiente di contingenza calcolato per stimare l'intensità dell'associazione risulta non essere significativo (ContCoef= 0.11). L'analisi dei residui standardizzati dimostra inoltre che le frequenze di accesso in fascia pomeridiana effettuate da donne straniere sono significativamente minori di quelle attese in base al caso ( $-2.24 > |1.96|$ ) e che, al contrario, le frequenze di accesso nel pomeriggio da parte di donne italiane sono significativamente maggiori delle attese ( $2.24 > |1.96|$ ). Non sono emerse significative differenze delle frequenze osservate nelle due restanti fasce orarie rispetto alle attese. L'ingresso in ospedale può aver determinato la prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico della paziente in uno dei seguenti servizi ambulatoriali del PS: ambulatori generici, area barellati, area critica, area OBI, ambulatorio di ortopedia, ambulatorio di ginecologia e ostetricia e ambulatori del PS pediatrico. Il numero delle assistite prese in carico in ogni ambulatorio considerato, sia in valore assoluto che in percentuale, è riportato in dettaglio in Tabella 4.4.

Servizio ambulatoriale del PS	Tot.	%
Ambulatori PS 1A-1B	743	82.6%
Area Barellati 2A-2B	68	7.6%
Area Critica	2	0.2%
Area O.B.I.	7	0.8%
Ambulatorio Ortopedia	52	5.8%
Ambulatorio Ginecologia Ostetricia	7	0.8%
Ambulatori PS Pediatrico 9A-9B	21	2.3%

Tabella 4.4 Valori assoluti e percentuali delle donne prese in carico in ogni servizio ambulatoriale considerato.

A livello inferenziale, la non significatività del *Test* di *Fisher* ha attestato l'indipendenza sia tra le variabili "presa in carico ambulatoriale" e "cittadinanza" della donna ( $p=0.40$ ) che tra "presa in carico ambulatoriale" e "anno" di ingresso ( $p=0.17$ ). Tuttavia, nel secondo caso si osservano singoli scarti di cella significativi: il numero di trasferimenti presso altre strutture residenziali risulta essere statisticamente inferiore alle attese per l'anno 2017 ( $-2.16 > |1.96|$ ) e significativamente maggiore per l'anno 2018 ( $2.16 > |1.96|$ ) inoltre, il numero di soggetti accolti presso gli ambulatori generici del PS risulta essere significativamente inferiore alle attese per l'anno 2017 ( $-2.75 > |1.96|$ ) e significativamente maggiore rispetto alle attese per l'anno 2018 ( $2.75 > |1.96|$ ).

Per le donne del campione l'accesso in PS per verosimili cause violente può aver determinato una dimissione entro le 24 ore dall'ingresso oppure una presa in carico di oltre un giorno. Complessivamente sono state 709 (82.9%) le donne prese in carico per traumi di lieve entità e dimesse entro ventiquattr'ore dall'ingresso e sono state 146 (17.1%) le donne trattenute per più di un giorno. La durata della permanenza in

ospedale risulta essere indipendente sia dall'anno in cui è stato eseguito l'ingresso che dalla cittadinanza della donna, come attesta la non significatività dei *Test del Chi-squared* applicato nei due casi [ $\chi_{(1)}^2=0.14$ , p.71;  $\chi_{(1)}^2=0.02$ , p.09].

Il *dataset* oggetto di studio contiene dati relativi ai possibili esiti dell'accesso in PS ovvero abbandono volontario dell'ospedale da parte della vittima, dimissioni con invio al medico curante, dimissioni con invio all'attenzione di uno specialista, ricovero ordinario, trasferimento presso altra struttura residenziale o trasferimento presso altra struttura ospedaliera. La Tabella 4.5 riporta in dettaglio i valori assoluti e percentuali della distribuzione dei possibili esiti a cui ha fatto seguito l'ingresso in ospedale.

Esito	Tot.	%
Abbandono volontario	26	3
Invio medico curante	768	89.8
Invio specialista	36	4.2
Ricovero Ordinario	16	1.9
Trasferimento struttura residenziale	4	0.5
Trasferimento altro ospedale	5	0.6

Tabella 4.5. Esiti dell'ingresso in ospedale.

Sia nel 2017 che nel 2018 sono state 13 le donne che hanno volontariamente abbandonato il PS mentre sono state rispettivamente 420 e 348 le donne inviate all'attenzione del medico curante nei due anni. Sono state inviate all'attenzione di un medico specialista 16 donne nel 2017 e 20 nel 2018 mentre sono stati eseguiti 9 ricoveri ordinari nel 2017 e 7 nel 2018. Sono state trasferite presso altre strutture



residenziali, ma non meglio specificate, solo 4 donne, tutte nel 2018. Sono stati effettuati 5 trasferimenti in altre strutture ospedaliere, 2 nel 2017 e 3 nel 2018.

Il grafico in Figura 4.3 descrive la distribuzione dell'età media del campione in base all'esito. Come si apprezza a livello descrittivo, l'età media delle donne per cui si è reso necessario un ricovero ordinario è pari a 42.87 anni (SD=25.92) e l'età media delle donne che hanno abbandonato volontariamente il PS risulta essere pari a 33.92 anni (SD=12.77). Le donne trasferite presso un'altra struttura ospedaliera avevano in media 31.8 anni (SD=11.39) mentre l'età media delle donne inviate all'attenzione del medico di medicina generale è pari a 37.82 anni (SD=15.53). L'età media delle donne inviate ad una consulenza specialistica risulta pari a 35.36 anni (SD=14.31) mentre l'età media delle assistite trasferite presso una non meglio definita struttura residenziale è nettamente inferiore alle altre e pari a 18.75 anni (SD= 6.24). È quindi verosimile ipotizzare che il trasferimento in struttura residenziale sia stato avviato esclusivamente per le assistite di età compresa tra 0 e 20 anni e, per questo, potrebbe trattarsi di case-famiglia o centri territoriali dedicati all'accoglienza di minori. Per agevolare la lettura del grafico in Figura 4.3 sono state utilizzate le seguenti abbreviazioni per indicare i possibili esiti: abbandono volontario è stato sostituito da "abb", invio al medico curante è stato sostituito da "mmg", il trasferimento in altro ospedale è stato sostituito dall'abbreviazione "osp", il trasferimento presso un'altra struttura residenziale è stato sostituito da "res", il ricovero ordinario è stato sostituito da "ric" e l'invio all'attenzione di uno specialista dall'abbreviazione "spec".

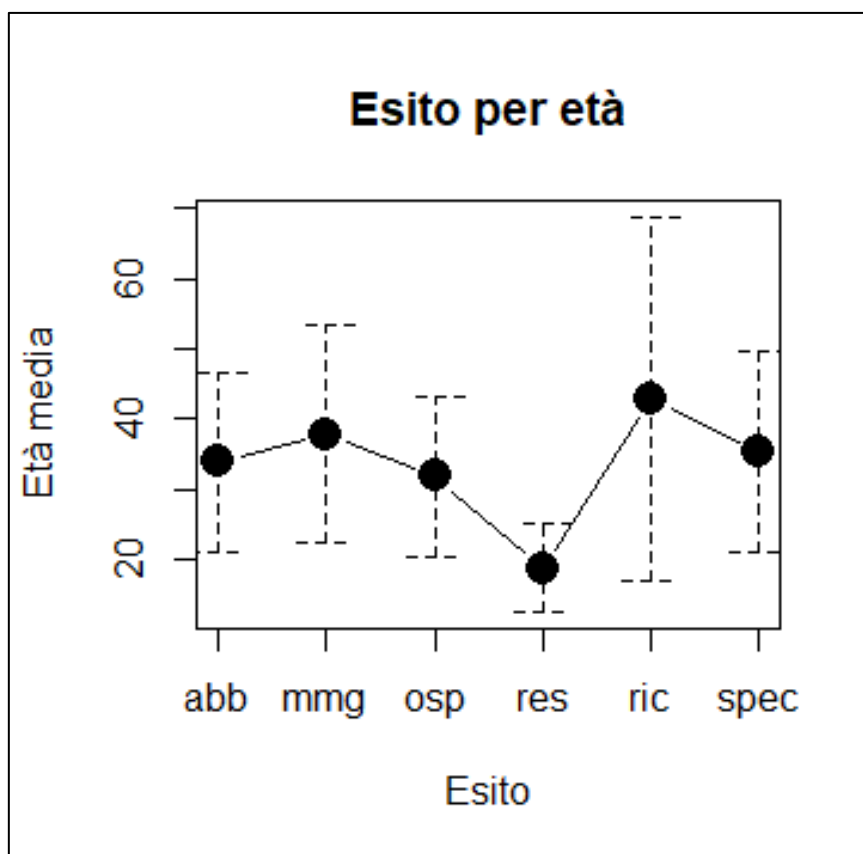


Figura 4.3. Distribuzione dell'età media del campione in base all'esito.

Per definire la relazione di predizione tra esito dell'accesso in PS ed età del campione è stata eseguita un'analisi della varianza (ANOVA). L'analisi dei requisiti di validità del modello ha dimostrato la violazione di omoschedasticità che ha implicato l'utilizzo di un approccio non parametrico (*Oneway.test* con correzione di Welch), mentre l'analisi dei confronti *post-hoc* a coppie è stata eseguita applicando il *Test Games-Howell*. Risultano essere statisticamente significativi i confronti a coppie tra età media delle donne trasferite in altre strutture residenziali rispetto all'età media delle donne il cui accesso in PS ha determinato altri esiti: ricovero ordinario, invio al medico di medicina generale, invio ad uno specialista, ricovero ordinario, abbandono volontario. La Tabella 4.6 illustra nel dettaglio i valori ottenuti dai confronti *post-hoc* eseguiti e segnala in grassetto i risultati significativi ottenuti.

Gruppo I	Gruppo II	D	95% CI	t	df	p value
Invio a Medico di Medicina Generale	Abbandono	3.9	-4.0 - 11.76	1.52	27.6	.65
	Trasferimento in altro ospedale	6.0	-30.0 - 17.96	1.18	4.1	.83
	<b>Trasferimento in struttura residenziale</b>	<b>19.1</b>	<b>-36.3 - -1.86</b>	<b>6.02</b>	<b>3.2</b>	<b>.04</b>
	Ricovero	5.0	-16.0 - 26.14	0.78	15.2	.97
	Invio a specialista	2.5	-9.8 - 4.88	1.01	39.0	.91
Trasferimento in altro ospedale	Abbandono	2.1	-24.6 - 20.32	0.37	6.1	1
	Trasferimento in struttura residenziale	13.1	-36.4 - 10.25	2.19	6.4	.35
	Ricovero ordinario	11.1	-15.5 - 37.60	1.34	16.1	.76
Invio a specialista	Invio a specialista	3.6	-18.9 - 26.06	0.63	5.9	.98
	Abbandono	1.4	-8.8 - 11.64	0.42	57.3	1
	<b>Trasferimento in struttura residenziale</b>	<b>16.6</b>	<b>1.9 - 31.30</b>	<b>4.23</b>	<b>7.3</b>	<b>.03</b>
Ricovero ordinario	Ricovero ordinario	7.5	-29.3 - 14.28	1.09	19.2	.88
	Abbandono	9.0	-12.9 - 30.84	1.29	19.6	.79
Abbandono	<b>Trasferimento in struttura residenziale</b>	<b>24.1</b>	<b>1.3 - 46.99</b>	<b>3.35</b>	<b>17.9</b>	<b>.04</b>
	<b>Trasferimento in struttura residenziale</b>	<b>15.2</b>	<b>-29.9 - -0.43</b>	<b>3.79</b>	<b>7.7</b>	<b>.04</b>

Tabella 4.6. Esito dei confronti a coppie post-hoc eseguiti.

Applicando un'ANOVA per disegni fattoriali *between groups* è stata inoltre verificata l'ipotesi dell'esistenza di una differenza significativa sia tra età media e cittadinanza, sia tra età media e differenti esiti, sia nell'interazione tra cittadinanza ed esito. Dai risultati ottenuti è emerso che né l'esito, indipendentemente dalla cittadinanza [ $F_{(1,843)}=3.48$ ,  $p=0.06$ ], né la cittadinanza indipendentemente dall'esito [ $F_{(5,843)}=2.02$ ,  $p=0.07$ ], né la loro interazione [ $F_{(5,843)}=0.24$ ;  $p=0.94$ ] esercitano un effetto statisticamente significativo sull'età in cui avviene l'ingresso in ospedale. A seguito della violazione di omoschedasticità [*Test di Levene*,  $F_{(11,843)}=5.14$ ;  $p<0.001$ ] si è applicato il corrispettivo approccio non parametrico di ANOVA a due vie, in questo caso gestito dalla funzione *t2way* che, contrariamente ai valori non significativi ottenuti in precedenza, ha segnalato un effetto significativo sia della cittadinanza sull'età delle

donne del campione indipendentemente dall'esito [ $t_{(1,843)}=7.69$ ;  $p=0.013$ ], sia dell'esito indipendentemente dalla cittadinanza [ $t_{(5,843)}=22.86$ ;  $p=0.026$ ] ma non è emerso un effetto di interazione significativo tra le variabili considerate [ $t_{(5,843)}=2.66$ ;  $p=0.82$ ].

## CONCLUSIONI

Dallo studio di ricerca condotto per redigere questo elaborato emerge evidentemente che l'impatto della violenza di genere sulla qualità di vita e sullo stato di salute delle donne ha effetti potenzialmente devastanti soprattutto se i casi di violenza non vengono correttamente identificati e presi in carico sin dall'accesso presso i servizi di sanitari. Inoltre, a livello nazionale risulta ancora fortemente carente la presenza di personale addestrato a fornire alla donna che accede in PS un adeguato supporto, garantendo la completa presa in carico della persona sia dal punto di vista fisico, che psicologico, emotivo e cognitivo. Per queste ragioni, le sequele cognitive, emotive e psicologiche causate dalla condizione di vittimizzazione risultano essere ancora troppo spesso solo marginalmente considerate, ignorando gli effetti avversi che la violenza produce sul complessivo funzionamento personale e sociale della persona. Ignorare gli esiti psicologici, emotivi e cognitivi secondari, soprattutto in caso di eventi fortemente traumatici, vittimizzazioni ripetute ed *escalation* delle forme di violenza subite nel tempo, potrebbe determinare effetti epigenetici avversi e la potenziale manifestazione fenotipica di comportamenti disfunzionali fino a raggiungere franchi quadri psicopatologici. Questo esito potrebbe essere prevenuto o contenuto agendo concretamente e tempestivamente sin dalla presa in carico presso i servizi di emergenza-urgenza, erogando un adeguato e tempestivo servizio di supporto psicologico, precursore di un percorso individualizzato a lungo termine.

Nel 2019, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha racchiuso nell'acronimo "RESPECT" sette strategie, di seguito menzionate, identificate come *call to action* necessarie ad implementare concretamente programmi di prevenzione e azione contro la violenza sulle donne. L'acronimo (WHO, 2019) formato dalle iniziali di: *Relationship skills strengthened, Empowerment of women, Services ensured, Poverty reduced, Environments made safe, Child and adolescent abuse prevented, Transformed*

*attitudes, Beliefs and norms* racchiude in modo integrato e completo la *mission* e la *vision* che potrebbero essere adottate affinché gli effetti della violenza contro le donne possano essere ridotti in modo realmente significativo.

Migliorare la qualità dei servizi territoriali sarebbe certamente un altro importante e necessario processo di investimento futuro da considerare, con l'obiettivo di potenziare ancor di più la rete multidisciplinare di attori che già ogni giorno offre alla società un fondamentale contributo nella lotta alla violenza sulle donne. Negli ultimi anni, i piani di investimenti nazionali e regionali, sia pubblici che privati, sono risultati essere in netto aumento grazie agli obiettivi promossi dal Ministero per le Pari Opportunità per arricchire e incrementare la diffusione della rete di servizi antiviolenza su tutto il territorio nazionale, promuovendo l'attività integrata di professionisti e servizi che operano nella presa in carico della donna vittima di violenza dal punto di vista sanitario, socioassistenziale, psicologico e giuridico. Tuttavia, sul territorio italiano persistono ancora importanti disomogeneità nella diffusione di servizi e strutture territoriali, con la difficoltà di molte regioni di fronteggiare efficacemente e capillarmente il severo e spesso silenzioso dilagare del fenomeno.

Investire sulla promozione di programmi di informazione, formazione, prevenzione e tutela contro la violenza, anche sui minori, sarebbe di fondamentale importanza per ridurre l'incidenza del fenomeno nelle generazioni future e per prevenire i possibili effetti epigenetici avversi a livello neuroanatomico, comportamentale ed emotivo che la precoce esposizione a violenza e maltrattamenti direttamente ed indirettamente subiti può determinare. L'ISTAT (2020) stima che nel 2020 le vittime di violenza con figli minori a carico abbiano rappresentato il 30.7% dei casi segnalati al 1522 e che il 15.4% dei figli delle vittime abbia coraggiosamente segnalato la condizione di vittimizzazione della madre contattando il numero verde. Bisognerebbe incentivare

tutte le vittime, dirette e indirette, della violenza a denunciare il reato subito affinché il silenzio assordante che spesso nasconde ancora il dilagare del fenomeno possa trasformarsi in un grido di aiuto, di coraggio e di speranza.

L'obiettivo di ridurre la povertà potrebbe risultare piuttosto ambizioso, soprattutto alla luce della crisi mondiale che la società odierna sta affrontando a causa della pandemia, ma potrebbero essere promossi percorsi di informazione e presa in carico gratuita o con agevolazioni fiscali, incentivando così le donne vittime di violenza ad avviare percorsi personalizzati di supporto, cura e sostegno psicofisico promuovendo una maggior consapevolezza sull'importanza del chiedere e del ricevere aiuto per migliorare la qualità della propria vita.

L'ultima strategia per ordine, non certo per importanza, proposta dalle Nazioni Unite è quella di trasformare gli stereotipi attualmente prevalenti nella società in una nuova *forma mentis* virtuosa che possa sostituire credenze popolari che ancora troppo frequentemente stigmatizzano, svalorizzano e banalizzano la gravità del fenomeno della violenza, ammettendo e proteggendo inaccettabili comportamenti dettati da una radicata disparità di genere. Una nuova abitudine virtuosa dovrebbe e potrebbe essere quella di vincere la paura, denunciando subito le violenze subite, ma anche potersi sentire al sicuro dopo essersi affidate alla Giustizia. Non formulare giudizi e critiche fini a sé stessi, ma contestualizzare ciò che si afferma, rispettando la storia personale di ognuno, potrebbe rappresentare una strategia per ridurre la diffusione dello stigma basato sul genere. Una nuova abitudine virtuosa potrebbe e dovrebbe essere scegliere autonomamente e senza paura di avviare un percorso di emersione dalla violenza allontanandosi definitivamente da una relazione disfunzionale e da un *partner* maltrattante senza temere pericolose ripercussioni future ai danni della propria e altrui incolumità. Inoltre, diffondere una nuova cultura di fiducia verso la giustizia e



incrementare la conoscenza dei servizi antiviolenza attivi sul territorio potrebbe essere una strategia utile per accompagnare più donne ad avviare un percorso di supporto psicologico e di orientamento, incentivando e divulgando al contempo l'importanza a partecipare a progetti di informazione, prevenzione o auto-mutuo-aiuto affinché tutte le donne vittime di violenza ricordino sempre che non sono sole.

## BIBLIOGRAFIA

- Acquadro Maran, D., & Varetto, A. (2018). Psychological impact of stalking on male and female health care professional victims of stalking and domestic violence. *Frontiers in Psychology, 9*. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00321.
- Agüero, J. M. (2021). COVID-19 and the rise of intimate partner violence. *World Development, 137*. doi:10.1016/j.worlddev.2020.105217.
- Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 26*(21-22), 3271-3285. doi:10.1111/jocn.13706.
- Alvarez-Lizotte, P., Bisson, S. M., Lessard, G., Dumont, A., Bourassa, C., & Roy, V. (2020). Young adults' viewpoints concerning helpful factors when living in an intimate partner violence context. *Children and Youth Services Review, 119*, 105722. doi:10.1016/j.chilyouth.2020.105722.
- Barbieri, G. L. (2009). *Psicologia dinamica: Tra teoria e metodo*. In Donald W. Winnicott (pp.307-318). Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- Basu, A., Levendosky, A. A., & Lonstein, J. S. (2013). Trauma sequelae and cortisol levels in women exposed to intimate partner violence. *Psychodynamic Psychiatry, 41*(2), 247-275, doi:10.1521/pdps.2013.41.2.247.
- Blasco-Ros, C., Herbert, J., & Martinez, M. (2014). Different profiles of mental and physical health and stress hormone response in women victims of intimate partner violence. *Journal of Acute Disease, 3*(4), 303-313. doi:10.1016/s2221-6189(14)60066-4.
- Boyce, W. T., Sokolowski, M. B., & Robinson, G. E. (2020). Genes and environments, development and time. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 117*(38), 23235-23241. doi:10.1073/pnas.2016710117.
- Caleyachetty, R., Uthman, O. A., Bekele, H. N., Martín-Cañavate, R., Marais, D., Coles, J., ... & Koniz-Booher, P. (2019). Maternal exposure to intimate partner violence

and breastfeeding practices in 51 low-income and middle-income countries: A population-based cross-sectional study. *PLoS Medicine*, 16(10). doi:10.1371/journal.pmed.1002921.

Camera dei deputati XVII legislatura (2017). *La Convenzione di Istanbul contro la violenza nei confronti delle donne. L'attuazione nell'ordinamento interno*. Consultato da [Camera dei deputati Dossier ac0173.htm](#).

Canadian Women's Foundation (2020). *Signal for Help people experiencing gender-based violence during home isolation*. Retrieved from [Signal for Help Campaign Launches to Help People Experiencing Gender-Based Violence During Home Isolation - Canadian Women's Foundation](#).

Caponnetto, P., Maglia, M., Pistrutto, L., Ferlito, S., & Cannella, M. C. (2019). Family violence and its psychological management at the Emergency Department: A review. *Health Psychology Research*, 7(2). doi:10.4081/hpr.2019.8558.

Cardinali, P., Migliorini, L., Giribone, F., Bizzi, F., & Cavanna, D. (2018). Domestic violence in separated couples in Italian Context: Communalities and singularities of women and men experiences. *Frontiers in Psychology*, 9. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01602.

Cattelani, R. (2006). *Neuropsicologia delle sindromi post-traumatiche: problemi clinici, diagnostici e sociofamiliari nella prospettiva medicolegale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Chan, K. L., Lo, C. K., Ho, F. K., Leung, W. C., Yee, B. K., & Ip, P. (2019). The association between intimate partner violence against women and newborn telomere length. *Translational Psychiatry*, 9(1), 1-8. doi:10.1038/s41398-019-0575-6.

Clark, C. B., Armstrong, J., Ballout, M. H., & Ewy, R. (2020). Examining the link between facial affect recognition and violent offending: A comparison between web-recruited volunteers with histories of violent and non-violent offending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 30(5), 228-239. doi:10.1002/cbm.2164.

Commissione Europea (2020). *Strategia per la parità di genere. Realizzazioni e principali settori di intervento*. Consultato da [Strategia per la parità di genere | Commissione europea \(europa.eu\)](#).

- Compare, A., & Grossi, E. (Eds.). (2012). *Stress e disturbi da somatizzazione: Evidence-Based Practice in psicologia clinica*. In M. Di Costanzo, R. Berni Canani (Ed.), *Stress materno in fase prenatale ed effetti sullo sviluppo del bambino* (pp. 233-237). Springer Science & Business Media.
- Consiglio d'Europa (2021). *Stato delle firme e ratifiche di trattato 210*. Consultato da [Lista completa \(coe.int\)](#).
- Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women – CEDAW (1979). Retrieved from [Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women \(un.org\)](#).
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (24 novembre 2017). *Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza*. (18A00520) (GU Serie Generale n.24 del 30-01-2018). Consultato da [Gazzetta Ufficiale](#).
- Decreto ministeriale del 17 dicembre 2008. *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza*. Consultato da [Decreto ministeriale 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza — Salute \(regione.emilia-romagna.it\)](#).
- Dreßing, H., Gass, P., Schultz, K., & Kuehner, C. (2020). The prevalence and effects of stalking: A replication study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(20), 347. doi:10.3238/arztebl.2020.0347.
- EU.R.E.S. Ricerche economiche e sociali (2020). Eures, 91 donne vittime di femminicidio in Italia. Consultato da [Eures, 91 donne vittime di femminicidio nel 2020 | EU.R.E.S.](#)
- European Commission (2021). *Physical and sexual violence to women by age group (2012 data)*. Retrieved from [Physical and sexual violence to women by age group \(2012 data\) \(source: FRA\) - Products Datasets - Eurostat \(europa.eu\)](#).
- European Institute of Gender Equality (2020). Retrieved from [Data Collection on Violence Against Women | EIGE \(europa.eu\)](#).

- Femminicidio in Europa: un confronto tra Paesi (2017). Consultato da [Femminicidio in Europa: un confronto tra paesi / Data news / Notizie / Home - edjnet \(europeandatajournalism.eu\)](http://europeandatajournalism.eu).
- Fisher, C. A., Galbraith, G., Hocking, A., May, A., O'Brien, E., & Willis, K. (2020). Family violence screening and disclosure in a large metropolitan hospital: A health service users' survey. *Women's Health*, 16, 1-9. doi:10.1177/1745506520952285.
- Gallese, V., & Ammaniti, M. (2014). *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. *Legge 19 luglio 2019, n. 69. Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere*. (19G00076) (GU Serie Generale n.173 del 25-07-2019). Consultato da [Gazzetta Ufficiale](http://www.gazzettaufficiale.it).
- Gerino, E., Caldarera, A. M., Curti, L., Brustia, P., & Rollè, L. (2018). Intimate partner violence in the golden age: Systematic review of risk and protective factors. *Frontiers in Psychology*, 9, 1595. doi:10.3389/fpsyg.2018.01595.
- Goetschius, L. G., Hein, T. C., Mitchell, C., Lopez-Duran, N. L., McLoyd, V. C., Brooks-Gunn, J., ... & Monk, C. S. (2020). Childhood violence exposure and social deprivation predict adolescent amygdala-orbitofrontal cortex white matter connectivity. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 45. doi:10.1016/j.dcn.2020.100849.
- Hoaken, P. N., Allaby, D. B., & Earle, J. (2007). Executive cognitive functioning and the recognition of facial expressions of emotion in incarcerated violent offenders, non-violent offenders, and controls. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 33(5), 412-421. doi:10.1002/ab.20194.
- Istituto Nazionale di Statistica (2015). *La violenza dentro e fuori la famiglia- Anno 2014*. Consultato da [\\*Violenze contro le donne.pdf \(istat.it\)](http://www.istat.it/it/temi/violenza-contro-le-donne).
- Istituto Nazionale di Statistica (2018). *Infografica violenza e stalking, anno 2014*. Consultato da [La violenza contro le donne \(istat.it\)](http://www.istat.it/it/temi/violenza-contro-le-donne).



violence: the investigation of individuals accused of homicide. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 579. doi:10.3389/fnhum.2017.00579.

Lambert, H. K., Peverill, M., Sambrook, K. A., Rosen, M. L., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Altered development of hippocampus-dependent associative learning following early-life adversity. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 38, 100666. doi:10.1016/j.dcn.2019.100666.

Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza (2017). Consultato da [DPAScan0000.tif \(pariopportunita.gov.it\)](#).

Loder, R. T., & Momper, L. (2020). Demographics and fracture patterns of patients presenting to US emergency departments for intimate partner violence. *JAAOS Global Research & Reviews*, 4(2). doi:10.5435/jaaosglobal-d-20-00009.

Lumera, D., & De Vivo, I. (2020). *Biologia della gentilezza*. Milano: Edizioni Mondadori.

Lutgendorf, M. A. (2019). Intimate partner violence and women's health. *Obstetrics & Gynecology*, 134(3), 470-480. doi:10.1097/aog.0000000000003326.

Macchi Cassia, V., Valenza, E., & Simion, F. (2012). *Lo sviluppo della mente umana. Dalle teorie classiche ai nuovi orientamenti*. In *Domande centrali delle teorie dello sviluppo cognitivo* (pp.13-29) e in *Il contributo delle neuroscienze cognitive dello sviluppo* (pp. 181-197). Bologna: Il Mulino.

Matoori, S., Khurana, B., Balcom, M.C. *et al.* Intimate partner violence crisis in the COVID-19 pandemic: how can radiologists make a difference?. *European Radiology* 30, 6933–6936 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07043-w>.

Ministero dell'Interno, Direzione Centrale della Polizia Criminale. Consultato da [Direzione centrale della Polizia Criminale | Ministero dell'Interno](#).

Ministero della giustizia (2020). *Il rapporto: un anno di "Codice Rosso"*. Consultato da [Microsoft Word - Rapporto Codice Rosso revisione 23.11. 2020 ore 2024 \(1\) \(1\).docx \(giustizia.it\)](#).

- Ministero della Salute (n.d.). Violenza e accessi delle donne in Pronto Soccorso nel triennio 2017-2019. Consultato da [report-dati-accessi-prontosoccorso\\_def.pdf \(istat.it\)](#).
- Ministero della Salute (n.d.). Violenza e accessi delle donne in Pronto Soccorso nel triennio 2017-2019. Nota metodologica. Consultato da [Verbale Riunione RTI \(istat.it\)](#).
- Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Martín-Baena, D., Talavera, M., Escribà-Agüir, V., & Vives-Cases, C. (2011). Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues, 21*(5), 400-406. doi:10.1016/j.whi.2011.04.003.
- Mueller, I., & Tronick, E. (2019). Early life exposure to violence: Developmental consequences on brain and behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 13*, 156. doi:10.3389/fnbeh.2019.00156.
- Nolvi, S., Rasmussen, J. M., Graham, A. M., Gilmore, J. H., Styner, M., Fair, D. A., ... & Buss, C. (2020). Neonatal brain volume as a marker of differential susceptibility to parenting quality and its association with neurodevelopment across early childhood. *Developmental Cognitive Neuroscience, 45*, 100826. doi:10.1016/j.dcn.2020.100826.
- Office for National Statistics (2019). *Domestic abuse in England and Wales overview: November 2019*. Retrieved from [Domestic abuse in England and Wales overview - Office for National Statistics \(ons.gov.uk\)](#).
- Palma-Gudiel, H., Córdova-Palomera, A., Leza, J. C., & Fañanás, L. (2015). Glucocorticoid receptor gene (NR3C1) methylation processes as mediators of early adversity in stress-related disorders causality: a critical review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 55*, 520-535. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.05.016.
- Parade, S. H., Newland, R. P., Bublitz, M. H., & Stroud, L. R. (2019). Maternal witness to intimate partner violence during childhood and prenatal family functioning alter newborn cortisol reactivity. *Stress, 22*(2), 190-199. doi:10.1080/10253890.2018.1501019.



- Pino, O. (2017). *Ricucire i ricordi: la memoria, i suoi disturbi, le evidenze di efficacia dei trattamenti riabilitativi*. In *Il ricordo dei traumi* (pp 118-136). Firenze: Mondadori Università.
- Quiñones-Camacho, L. E., Fishburn, F. A., Camacho, M. C., Wakschlag, L. S., & Perlman, S. B. (2019). Cognitive flexibility-related prefrontal activation in preschoolers: A biological approach to temperamental effortful control. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 38, 100651. doi:10.1016/j.dcn.2019.100651.
- Regione Emilia-Romagna (2019). *La violenza di genere in Emilia-Romagna*. Consultato da [La violenza di genere in Emilia-Romagna — Statistica \(regione.emilia-romagna.it\)](http://regione.emilia-romagna.it).
- Regione Emilia-Romagna (2019). *Report dati violenza, servizi e accessi*. Consultato da [RER Violenza \(regione.emilia-romagna.it\)](http://regione.emilia-romagna.it).
- Regione Emilia-Romagna (2019). *Violenza contro le donne, si rafforza in Emilia-Romagna la rete di accoglienza*. Consultato da [Violenza contro le donne, si rafforza in Emilia-Romagna la rete di accoglienza — Regione Emilia-Romagna](http://regione.emilia-romagna.it).
- Regione Emilia-Romagna (2019). *Violenza contro le donne, si rafforza in Emilia-Romagna la rete di accoglienza. Infografiche sui dati*. Consultato da [RER Violenza \(regione.emilia-romagna.it\)](http://regione.emilia-romagna.it).
- Regione Emilia-Romagna (2020). *La violenza di genere in Emilia-Romagna nel 2019 e durante il lockdown per Coronavirus*. Consultato da [La violenza di genere in Emilia-Romagna nel 2019 e durante il lockdown per Coronavirus — Statistica \(regione.emilia-romagna.it\)](http://regione.emilia-romagna.it).
- Regione Emilia-Romagna (2020). *Osservatorio regionale sulla violenza di genere. Rapporto anno 2020*. Consultato da [Osservatorio regionale sulla violenza di genere. Rapporto anno 2020 — Regione Emilia-Romagna](http://regione.emilia-romagna.it).
- Regione Emilia-Romagna- Pari Opportunità (2018). *Violenza di genere. Presentati i dati dell'Osservatorio regionale ed i volumi sui femminicidi in Italia*. Consultato da [Violenza di genere. Presentati i dati dell'Osservatorio regionale ed il volume sui femminicidi in Italia — Pari opportunità \(regione.emilia-romagna.it\)](http://regione.emilia-romagna.it).

- Regione Toscana (2018). *Codice rosa, Pronto Soccorso per le donne vittime della violenza*. Consultato da [Codice Rosa, Pronto Soccorso per le vittime della violenza - Regione Toscana](#).
- Rollè, L., Giardina, G., Caldarera, A. M., Gerino, E., & Brustia, P. (2018). When intimate partner violence meets same sex couples: A review of same sex intimate partner violence. *Frontiers in Psychology*, 9, 1506. doi:10.3389/fpsyg.2019.01706.
- Romero-Martínez, Á., Lila, M., Gracia, E., Rodríguez, C. M., & Moya-Albiol, L. (2019). Acceptability of intimate partner violence among male offenders: The role of set-shifting and emotion decoding dysfunctions as cognitive risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1537. doi:10.3390/ijerph16091537.
- Rozenfeld, M., Peleg, K., Givon, A., & Kessel, B. (2019). The Differences in Stabbing-Related Injury Profiles of Men and Women. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 21(3), 198-202.
- Senato della Repubblica (2018). *In difesa delle donne. Leggi, aiuti e risorse contro la violenza di genere in Italia*. Consultato da [Guida In difesa delle donne.pdf \(senato.it\)](#).
- Servizio Studi Camera dei Deputati (2021). *Violenza contro le donne*. Consultato da [Violenza contro le donne \(camera.it\)](#).
- Shors, T. J., Chang, H. Y., & Millon, E. M. (2018). MAP Training My Brain™: meditation plus aerobic exercise lessens trauma of sexual violence more than either activity alone. *Frontiers in Neuroscience*, 12, 211. doi:10.3389/fnins.2018.00211.
- Sprague, S., Goslings, J. C., Hogentoren, C., de Milliano, S., Simunovic, N., Madden, K., & Bhandari, M. (2014). Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence Against Women*, 20(1), 118-136. doi:10.1177/1077801213520574.
- State of World Population (2020). *Against my will- Defining the practices that harm women and girls and undermine equality*. Retrieved from [UNFPA PUB 2020 EN State of World Population.pdf](#).

Testa, M., Wang, W., Derrick, J. L., Crane, C., Leonard, K. E., Collins, R. L., ... & Muraven, M. (2020). Does state self-control depletion predict relationship functioning and partner aggression? An ecological momentary assessment study of community couples. *Aggressive Behavior*, 46(6), 547-558. doi:0.1002/ab.21915.

Un anno di codice rosso e i nuovi reati (2020). Consultato da [UN ANNO DI “CODICE ROSSO” E I NUOVI REATI \(poliziadistato.it\)](#).

United Nations (2020). *The Sustainable Development Agenda*. Retrieved from [The Sustainable Development Agenda – United Nations Sustainable Development](#).

United Nations (2020). *UN Secretary-General’s policy brief: The impact of COVID-19 on women*. Retrieved from [UN Secretary-General’s policy brief: The impact of COVID-19 on women | Digital library: Publications | UN Women – Headquarters](#).

United Nations News (2019). *A staggering one-in-three women, experience physical, sexual abuse*. Retrieved from [A staggering one-in-three women, experience physical, sexual abuse | UN News](#).

United Nations Population Found (2019). *UNFPA Global Results*. Retrieved from [UNFPA Global Results | UNFPA - United Nations Population Fund](#).

United Nations Population Found (2020). *Defining the practices that harm women and girls and undermine equality*. Retrieved from [SWOP Report 2020 | UNFPA - United Nations Population Fund](#).

United Nations Women (2020). *The shadow pandemic: violence against Women and Girls and Covid-19*. Retrieved from [issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-infographic-en.pdf \(unwomen.org\)](#).

United Nations Women (2020): *COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls*. Retrieved from [issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf \(unwomen.org\)](#).

United Nations Women (2021). *Facts and figures: Ending violence against women*. Retrieved from [Facts and figures: Ending violence against women | What we do | UN Women – Headquarters](#).

United Nations. *The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), adopted in 1979 by the UN General Assembly*. Retrieved from [Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women \(un.org\)](#).

Van der Kolk, B. (2015). *Il Corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Velotti, P., Beomonte Zobel, S., Rogier, G., & Tambelli, R. (2018). Exploring relationships: A systematic review on intimate partner violence and attachment. *Frontiers in Psychology*, 9, 1166. doi:10.3389/fpsyg.2018.01166.

Weitzman, A., & Goosby, B. J. (2021). Intimate partner violence, circulating glucose, and non-communicable Disease: Adding insult to injury?. *SSM-Population Health*, 13, 100701. doi:10.1016/j.ssmph.2020.100701.

Wheater, E. N., Stoye, D. Q., Cox, S. R., Wardlaw, J. M., Drake, A. J., Bastin, M. E., & Boardman, J. P. (2020). DNA methylation and brain structure and function across the life course: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113, 133-156. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.03.007.

World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from [9789241564625\\_eng.pdf;sequence=1 \(who.int\)](#).

World Health Organization (2019). *RESPECT women: Preventing violence against women*. Retrieved from [WHO | RESPECT women: Preventing violence against women](#).

World Health Organization (2019). *Violence against women, Intimate partner and sexual violence against women - Evidence brief*. Retrieved from [WHO | Violence against women](#).

World Health Organization. (2020). *Violence against women and girls: Data collection during COVID-19*. Retrieved from [Violence Against Women and Girls Data: Collection during COVID-19 \(who.int\)](#).

World Population Review (2021). *Rape statistics by country, 2021*. Retrieved from [Rape Statistics by Country 2021 \(worldpopulationreview.com\)](https://www.worldpopulationreview.com/rape-statistics-by-country-2021).

Yousefnia, N., Nekuei, N., & Farajzadegan, Z. (2018). The relationship between healthcare providers' performance regarding women experiencing domestic violence and their demographic characteristics and attitude towards their management. *Journal of Injury and Violence Research*, 10(2), 113. doi:10.5249/jivr.v10i2.958.

Yu, R., Nevado-Holgado, A. J., Molero, Y., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., Howard, L. M., & Fazel, S. (2019). Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLoS Medicine*, 16(12). doi:10.1371/journal.pmed.1002995.