



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**VIOLENZA DI GENERE:
L'IMPORTANZA DI
RICONOSCERLA ED IL PERCORSO
PREVISTO NELLA REALTÀ
ITALIANA.**

Relatore: Dott.ssa
Tiziana Benedetti

Tesi di Laurea di:
Tonni Allegra

Correlatore: Inf.
Antonella Silvestrini

A.A. 2019/2020

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
1.2 Dimensione del problema	1
1.3 I numeri della violenza contro le donne	2
1.4 Fattori di rischio	4
1.5 Conseguenze per la salute.....	4
1.6 Violenza nei confronti degli operatori.....	5
2. OBIETTIVO.....	7
3. MATERIALI E METODI.....	8
4. RISULTATI.....	9
4.1 Violenza e accesso delle donne al Pronto Soccorso	9
5. DISCUSSIONE.....	17
5.1 I servizi del Sistema sanitario nazionale	17
5.2 Violenza di genere e formazione sanitari: l'esperienza Regione Veneto ..	18
5.3 Strategie di prevenzione	20
5.4 Campagne di sensibilizzazione.....	21
5.5 Le strutture antiviolenza	22
5.6 Il codice Rosa	22
6. CONCLUSIONI	24
7. BIBLIOGRAFIA	26
8. SITOGRAFIA	30
9. RINGRAZIAMENTI	32

1. INTRODUZIONE

Come definito dal Ministero della Salute e dalle Nazioni Unite, la violenza di genere o violenza contro le donne comprende “qualsiasi atto di violenza fondata sul genere che comporti, o abbia probabilità di comportare, sofferenze o danni fisici, sessuali o mentali per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che si verifichi nella sfera pubblica che in quella privata”.

L’OMS, in collaborazione con una serie di partner, sta portando avanti le seguenti azioni:

- creare una base fattuale sulle dimensioni e la natura della violenza contro le donne in diversi contesti e sostenere gli sforzi dei paesi per documentare e misurare questa violenza e le sue conseguenze. Si tratta di un passo fondamentale per comprendere la portata e la natura del problema a livello mondiale e per intraprendere azioni nei paesi;
- potenziare la ricerca e le capacità di ricerca per la valutazione degli interventi contro la violenza da parte del partner.
- elaborare indicazioni tecniche per prevenire la violenza da parte del partner e la violenza sessuale basandosi sulle evidenze e per rafforzare la risposta del settore sanitario a tali violenze;
- diffondere informazioni e sostenere gli sforzi nazionali per far progredire i diritti delle donne e la prevenzione e la risposta nei confronti della violenza contro le donne;
- collaborare con agenzie e organizzazioni internazionali per ridurre o eliminare la violenza a livello mondiale.¹

1.2 Dimensione del problema

La violenza contro le donne rappresenta un importante problema di sanità pubblica, oltre che una violazione dei diritti umani.

La violenza ha effetti negativi a breve e a lungo termine sulla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva della vittima.

Le conseguenze possono determinare per le donne isolamento, incapacità di lavorare,

¹ (Informativa OMS: “Violenza contro le Donne”; Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demo fonti - Ufficio III - Rapporti con l’OMS e altre agenzie ONU)

limitata capacità di prendersi cura di sé stesse e dei propri figli.

I bambini che assistono alla violenza all'interno dei nuclei familiari possono soffrire di disturbi emotivi e del comportamento.

Gli effetti della violenza di genere si ripercuotono sul benessere dell'intera comunità.²

Secondo il rapporto dell'OMS "Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti", la violenza contro le donne rappresenta "un problema di salute di proporzioni globali enormi". Redatto in collaborazione con la London School of Hygiene & Tropical Medicine e la South African Medical Research Council, il rapporto analizza sistematicamente i dati sulla diffusione della violenza femminile a livello globale, inflitta sia da parte del proprio partner, sia da sconosciuti. Il 25 novembre si celebra nel mondo la Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, una ricorrenza istituita dall'Assemblea generale delle nazioni Unite, che in questa data invita i governi, le organizzazioni internazionali e le ONG a organizzare attività volte a sensibilizzare l'opinione pubblica su una delle più devastanti violazioni dei diritti umani.

1.3 I numeri della violenza contro le donne

Nel mondo la violenza contro le donne interessa 1 donna su 3. In Italia i dati Istat mostrano che il 31,5% delle donne ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale.

Le forme più gravi di violenza sono esercitate da partner o ex partner, parenti o amici. Gli stupri sono stati commessi nel 62,7% dei casi da partner.

Secondo il Rapporto Istat 2018 sulle vittime di omicidi, il 54,9% degli omicidi di donne sono commessi da un partner o ex partner, il 24,8% da parenti, nell'1,5% dei casi da un'altra persona che la vittima conosceva (amici, colleghi, ecc.).

Le inchieste a livello di popolazione basate sulle dichiarazioni delle vittime forniscono le stime più accurate della prevalenza della violenza da parte del partner e della violenza

² Violenza sulle donne – Portale donna, Contenuti in dettaglio
<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=Salute+donna&menu=societa>

sessuale nei contesti non bellici.

Il primo rapporto dell'inchiesta multi-paese dell'OMS sulla salute delle donne e la violenza domestica contro le donne (2005), condotta in 10 paesi prevalentemente a basso e medio reddito, ha rilevato che, nelle donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni:

- una percentuale di donne compresa tra il 15% in Giappone e il 71% in Etiopia ha dichiarato di aver subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner nel corso della propria esistenza;
- una percentuale di donne compresa tra il 0,3% e l'11,5% ha riferito di aver subito violenza sessuale da parte di una persona diversa dal partner a partire dall'età di 15 anni;
- numerose donne hanno dichiarato di aver avuto una prima esperienza sessuale forzata: il 17% delle donne nelle zone rurali della Tanzania, il 24% nelle zone rurali del Perù e il 30% nelle zone rurali del Bangladesh. Un'analisi più recente dell'OMS in collaborazione con la London School of Hygiene and Tropical Medicine e con il Medical Research Council, basata sui dati disponibili per più di 80 paesi, ha evidenziato che in tutto il mondo il 35% delle donne ha subito violenze fisiche e/o sessuali da parte del partner o violenza sessuale da parte di persone diverse dal partner.

La maggior parte di queste violenze è costituita da violenze da parte del partner. In tutto il mondo, quasi un terzo (30%) di tutte le donne che hanno avuto una relazione ha subito violenze fisiche e/o sessuali da parte del partner e in alcune regioni la percentuale è molto più alta.

A livello globale, ben il 38% di tutti gli omicidi ai danni delle donne è commesso dal partner.

1.4 Fattori di rischio

I fattori per i quali si è stabilita un'associazione alla violenza da parte del partner e alla violenza sessuale agiscono a livello dell'individuo, della famiglia, della comunità e della società nel suo complesso.

Alcuni fattori predispongono a commettere violenze, altri a subire violenze e altri ancora a entrambe le tendenze.

I fattori di rischio associati sia alla violenza da parte del partner che alla violenza sessuale comprendono:

- livello di istruzione basso (autori e vittime di violenze sessuali);
- esposizione a maltrattamenti infantili (autori e vittime);
- aver assistito a violenze familiari (autori e vittime);
- disturbi antisociali della personalità (autori);
- abuso di alcol (autori e vittime);
- avere partner multipli o essere sospettati di infedeltà da parte del partner (autori);
- mentalità che considera accettabili la violenza e le disuguaglianze di genere (autori e vittime).

1.5 Conseguenze per la salute

La violenza da parte del partner e la violenza sessuale provocano gravi problemi di salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva, a breve e lungo termine, per i sopravvissuti e i loro figli; comportano inoltre costi elevati dal punto di vista sociale ed economico.

La violenza contro le donne può avere esiti fatali, quali l'omicidio e il suicidio.

Può comportare lesioni fisiche (il 42% delle donne che subiscono violenza da parte del partner dichiara di aver riportato lesioni in conseguenza di tale violenza).

La violenza da parte del partner e la violenza sessuale possono portare a gravidanze indesiderate, aborti indotti, problemi ginecologici e infezioni trasmesse sessualmente, incluso l'HIV.

L'indagine del 2013 ³ ha rivelato che le donne che avevano subito abusi fisici o sessuali, avevano una probabilità 1,5 volte maggiore di avere infezioni trasmesse sessualmente (in alcune regioni il virus dell'HIV) rispetto alle donne che non avevano subito violenza da parte del partner.

Avevano inoltre una probabilità doppia di subire un aborto.

La violenza da parte del partner durante la gravidanza aumenta anche la probabilità di aborto spontaneo, bambino nato morto, parto pretermine e peso insufficiente del bambino alla nascita.

Queste forme di violenza possono portare a depressione, disturbi da stress post-traumatico, problemi del sonno, disturbi dell'alimentazione, stress emotivo e tentativi di suicidio.

La stessa indagine ha rivelato che le donne che avevano subito violenza da parte del partner avevano una probabilità quasi doppia di sviluppare depressione o problemi legati all'alcol. La percentuale era ancora maggiore per le donne che avevano subito violenze da persone diverse dal partner.

Le conseguenze sulla salute possono includere anche cefalee, dolori alla schiena, dolori addominali, fibromialgia, disturbi gastrointestinali, mobilità limitata e cattive condizioni generali di salute. La violenza sessuale, in particolare durante l'infanzia, aumenta la probabilità di tabagismo, abuso di droghe e alcol e comportamenti sessuali a rischio nelle fasi successive dell'esistenza.

È inoltre associata alla tendenza a commettere violenza (per gli uomini) e ad essere vittima di violenza (per le donne).⁴

1.6 Violenza nei confronti degli operatori

Secondo i dati dell'ultimo rapporto Inail di ottobre 2020 su aggressioni lavorative nella sanità e assistenza sociale, a pagare le spese del fenomeno di attacchi nelle corsie ospedaliere sono soprattutto le donne che rappresentano il 72,4% dei soggetti colpiti rispetto ai colleghi uomini.

³ Primo rapporto dell'inchiesta multi-paese dell'OMS sulla salute delle donne e la violenza domestica contro le donne.

⁴ ⁴(Informativa OMS: "Violenza contro le Donne"; Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demo fonti - Ufficio III - Rapporti con l'OMS e altre agenzie ONU)

Negli ultimi 5 anni sono stati 11 mila gli episodi di aggressioni al personale sanitario, con una media di oltre 2 mila casi l'anno.

Proprio per dare un sostegno agli operatori sanitari è stato attivato da anni il Telefono Rosso per accogliere segnalazioni di aggressioni in corsia.

Violenza fisica e violenza psicologica sono correlate, poiché ogni azione o comportamento violento provoca conseguenze negative anche sul versante psicologico e viceversa.

I problemi della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro hanno suscitato in questi ultimi anni un particolare interesse, sottolineato da una larga produzione di pubblicazioni scientifiche.

La preoccupazione sociale è aumentata al punto da indurre diverse istituzioni politiche e del lavoro, a livello nazionale ed internazionale, a realizzare sulla questione una serie di documenti.

Il verificarsi di episodi di violenza fisica o psicologica nell'ambiente di lavoro si riflette negativamente non solo sulla persona coinvolta, ma anche sulla sua operatività e su quella della organizzazione sanitaria.

Ogni atto di violenza (fisica e psicologica) ha conseguenze sulla salute fisica e psichica dell'operatore coinvolto.

La sofferenza e l'umiliazione che scaturiscono da un episodio di violenza determinano perdita di motivazione, di fiducia e riduzione dell'autostima. Diversi studi ⁵ infatti indicano che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali nel corso della loro attività lavorativa hanno subito molestie e atti di violenza. Si deve purtroppo rilevare proprio in base agli studi citati poco fa che nel nostro Paese vi è in generale uno scarso riconoscimento di questi temi: le ragioni possono essere ricondotte alla mancanza di consapevolezza o alla sottovalutazione del problema, insufficienti ricerche, limitati strumenti/metodi per la valutazione e la gestione del problema.

Il Ministero della salute ha riconosciuto la violenza su operatore come evento sentinella

⁵ "Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto". Documento discusso e approvato dal sottogruppo del Tavolo del Patto della Professione composto da: Patrizia Del Principe e Gianmario Gazzi (CNOAS), Alessandro Sicora (AIDoSS), Graziella Povero (AssNAS), Bruna Pirola (SoStoSS), M. Alessandra Giribaldi (SUNAS),. Redatto a cura di M. Alessandra Giribaldi.

e nel 2007 ha emanato per le strutture sanitarie la “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” che descrive l’identificazione dei rischi durante le attività lavorative e dispone l’adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative. L’evento violenza, infatti, mette in evidenza possibili carenze culturali, organizzative e gestionali che devono essere attentamente valutate e affrontate.

È pertanto fondamentale che sia le Direzioni aziendali che ciascun operatore, siano consapevoli del problema e si impegnino a collaborare nella segnalazione di episodi di violenza, nell’identificazione di fattori di rischio e nell’implementazione di azioni preventive.

2. OBIETTIVO

L’elaborato di tesi ha come obiettivo la descrizione del quadro generale in Italia della violenza di genere, purtroppo ancora presente al giorno d’oggi, nonostante le diverse forme di prevenzione attuate sul territorio. L’emanazione di linee guida, protocolli e leggi in Italia è in costante aggiornamento, dato anche il complesso periodo di pandemia che stiamo affrontando: differenze tra le realtà regionali riguardo al percorso previsto dai diversi protocolli ospedalieri che accolgono la donna, prendendosene cura psicologicamente e fisicamente, tramite anche l’attivazione del Codice Rosa.

3. MATERIALI E METODI

Per le informazioni relative alla tabella 2) “Report: protocolli regionali per la gestione della violenza di genere” sono state consultate diverse banche dati delle Aziende Sanitarie Regionali, nella sezione “politiche antiviolenza” dove sono contenute le schede informative e i piani Regionali per le Politiche di Parità e Prevenzione, Contrasto alla Violenza contro le donne, selezionandone almeno una per ogni Regione, su tutto il territorio Nazionale.

I dati emersi sono stati poi confrontati ed integrati con quelli disponibili sul Sito Ufficiale delle medesime Regioni. Dal Sito Ufficiale ISTAT (Istituto Nazionale Statistica), sono stati estrapolati i dati riportati nella tabella riguardante gli “Accessi al Pronto Soccorso con diagnosi di violenza” che mostra dati molto sensibili riguardanti il tema trattato.

È stata inoltre effettuata una revisione narrativa della letteratura consultando:

- banche dati primarie: Istituto Nazionale di Statistica (<https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>), Istat Sito Ufficiale Regionale, Ministero della Salute.

- banche dati secondarie: EU.R.E.S. (Ricerche economiche e sociali) selezionando articoli non antecedenti al 2015.

Le parole chiave utilizzate per le ricerche sulle banche dati sono state: “violenza di genere”, “prevenzione alla violenza”, “linee guida violenza di genere”, “violenza sulle donne”.

4. RISULTATI

4.1 Violenza e accesso delle donne al Pronto Soccorso

Il 24 novembre 2017 sono state adottate le Linee Guida Nazionali rivolte alle aziende sanitarie per garantire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna.

Le linee guida delineano un percorso per le donne che subiscono violenza, a partire dal triage ospedaliero fino al loro accompagnamento o orientamento verso servizi pubblici e privati dedicati.

Nei diversi Pronto Soccorso lo specifico percorso può assumere nomi diversi:

Codice rosa, Percorso rosa, Binario rosa, Percorso donna.

Si tratta di un percorso di accoglienza studiato proprio per le vittime di violenza che si rivolgono a un pronto soccorso. È definito da specifiche linee guida entrate in vigore, a livello nazionale, il 30 gennaio 2018.

Tutte le aziende sanitarie italiane hanno dovuto recepirle entro il 30 gennaio 2019.

Cosa prevede il codice rosa?

Dopo il triage infermieristico, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (rosso o equivalente), è riconosciuto un codice standard di urgenza relativa – codice giallo o equivalente – per garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

L'attribuzione di un codice rosa visibile ai soli operatori fa scattare la procedura differenziata.

L'assistenza medica e ogni altro accertamento strumentale e clinico sono erogati infatti in

un'area protetta (chiamata, in molti ospedali, “stanza codice rosa”):

è un luogo di ascolto e prima accoglienza dove si raccoglie - nel pieno rispetto della privacy della vittima - anche il materiale utile per una eventuale denuncia/querela.

Al termine del trattamento sanitario, l'operatrice/operatore che ha preso in carico la donna compila il modello Brief Risk “Assessment for the Emergency Department – DA5”, messo a disposizione dal ministero della Salute per assicurare una corretta rilevazione del rischio di recidiva e letalità e adottare le opzioni di dimissione più corrette, compreso l'accompagnamento o orientamento, se la vittima è d'accordo, ai servizi antiviolenza pubblici o privati.

Il Ministero della salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha realizzato una formazione su piattaforma FAD dedicata agli operatori sanitari e non (Assistenti sociali, Forze dell'ordine, Giuristi), che operano presso oppure in collegamento con il Pronto Soccorso.

L'iniziativa di formazione, il cui obiettivo è quello di favorire la piena divulgazione delle “Linee Guida Nazionali”, è stata realizzata tra il gennaio e il settembre 2020 e ha visto il coinvolgimento di 26.347 professionisti e 642 Pronto Soccorso di tutte le Regioni italiane.

I risultati preliminari del Corso FAD evidenziano che gli operatori coinvolti sono rappresentati per il 51,8% da operatori dell'area infermieristica-ostetrica, per il 13,7% da medici, per il 4,5% da psicologici, per il 4% da professionisti non sanitari. Il programma di formazione era stato precedentemente sperimentato, in modalità blended, nell'ambito del progetto realizzato nel 2015-2017, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere e rivolto inizialmente a 636 operatori di 28 Pronto Soccorso in 4 Regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia).

Il Ministero della Salute, utilizzando i dati degli accessi al Pronto Soccorso (flusso informativo EMUR-PS) ha effettuato un monitoraggio a livello nazionale degli accessi delle donne vittime di violenza.

I dati riguardanti gli anni 2017 – 2019, permettono di delineare il profilo delle donne che si sono dovute rivolgere al pronto soccorso a causa della violenza subita, che vengono di

seguito presentati.

Questa analisi rientra nell'Accordo Istat-Ministero della Salute firmato il 20 novembre 2019 che ha per oggetto "l'alimentazione della Banca dati sulla violenza di genere con i flussi informativi sanitari".

L'Accordo costituisce parte integrante del sistema integrato di raccolta ed elaborazione dati previsto dal Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 7 luglio 2015, e confermato nel Piano Nazionale sulla violenza contro le donne 2017-2020, richiesto dal Dipartimento per le Pari Opportunità presso la Presidenza del Consiglio.



Tabella 1) "Accesso al Pronto Soccorso con diagnosi di Violenza"; Fonte: Sito Ufficiale Istat.

I dati ci mostrano come in Italia le Regioni si siano adeguate alle linee-guida di un unico Codice Rosa che, nasce nel 2010 dall'Azienda USL 9 di Grosseto come progetto pilota, con la finalità di assicurare un più efficace coordinamento tra le diverse istituzioni e competenze per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima di violenza in Pronto soccorso.

Su 20 aziende sanitarie-ospedaliere possiamo notare che la maggior parte ha aderito in tempi brevi alle linee guida; alcune aziende hanno impiegato qualche anno in più per problemi di organizzazione dei fondi regionali, ma nel giro di pochi anni si sono adeguate alle linee guida del progetto pilota.

Al codice rosa è dedicato un apposito spazio nei Pronto Soccorso e, non appena il codice scatta, entra in funzione una équipe composta da un team-multidisciplinare sanitario (medici, infermieri, professionisti esperti dello sportello antiviolenza Differenza Donna e forze dell'ordine).

L'intervento congiunto di questa task force permette di prestare immediate cure e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel rispetto della riservatezza; tale attività congiunta avviene nella più ampia tutela della privacy e dei "tempi dei silenzi" delle vittime, nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure

	<i>Leggi Regionali</i>	<i>Metodo di ricerca/Fonte</i>	<i>Prevenzione</i>	<i>Percorso/Codice sanitario</i>
Regioni del Nord				
Liguria	2007/2009	Azienda sanit.ria/Sito Regione	Protocollo 03/18	Codice rosa 2015
Lombardia	2012	Azienda sanit.ria/Sito Regione	Progetto Pre.ce.do	Codice rosa 2013
Piemonte	2008/2009	Azienda sanit.ria/Sito Regione	Protocollo 02/14	Codice rosa 2016
Valle D'Aosta	2013	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L.Regionale 02/13	Codice rosa 2013
Emilia-Romagna	2014	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L. Regionale 06/14	Codice rosa 2014
Friuli-Venezia Giulia	2000	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L.Regionale 11/17	Codice rosa 2015
Trentino-Alto Adige	1989/2010	Azienda sanit.ria/Sito Regione	P. Trento 03/10	Casa delle Donne
Veneto	2013	Azienda sanit.ria/Sito Regione	D.G.R. 05/17	Codice rosa 2012
Regioni del Centro				
Lazio	1993/2009/2014	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L. Regionale 03/14	Codice rosa 2014
Marche	2008/2012/2013	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L. Regionale 02/10	Codice rosa 2017
Toscana	2007	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L.Regionale 11/07	Codice rosa 2010
Umbria	2009/2013	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L. Regionale 04/17	Codice rosa 2015
Regioni del Sud				
Abruzzo	2006/2007	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L. Regionale 10/06	Codice rosa 2016
Basilicata	1999/2007	Azienda sanit.ria/Sito Regione	D.G.R 11/2016	Codice rosa 2013
Calabria	2007	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L.Regionale 08/07	Codice rosa 2015
Campania	2005/2011/2012	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L. Regionale 02/11	Codice rosa 2016
Molise	2013	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L. Regionale 10/13	Codice rosa 2017
Puglia	2014	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L.Regionale 07/14	Codice rosa 2013
Sardegna	2007/2013	Azienda sanit.ria/Sito Regione	L.Regionale 09/13	Codice rosa 2014
Sicilia	2012	Azienda sanit.ria/Sito Regione	D.A. 04/17	Codice rosa 2016

Tabella 2) " report: protocolli regionali per la gestione della violenza di genere ";

Nonostante gli aggiornamenti dei protocolli, le leggi per la prevenzione contro la violenza di genere e le campagne di sensibilizzazione in tutta Italia, la situazione del “lock-down” ha sicuramente aggravato il quadro delle violenze in tante regioni come la Valle d’Aosta, dove sono aumentati notevolmente i casi; tante donne si sono ritrovate prigioniere proprio tra le pareti domestiche: per tante di loro la casa è diventata un luogo non solo di cura, di lavoro, di accudimento, ma anche teatro di violenze perpetrate ai loro danni.

Con il lock-down, infatti è aumentata la violenza sulle donne⁶: nel 2020 è stata uccisa una donna ogni 3 giorni e sono raddoppiati i femminicidi-suicidi. A riportare i dati è il VII Rapporto EU.R.E.S. sul “Femminicidio in Italia”, che mette in relazione i numeri dei primi 10 mesi del 2020 con lo stesso periodo del 2019. Durante i mesi del primo lock-down, l’80,8% delle vittime viveva con il proprio assassino.

Una ogni tre giorni.

Sono i numeri delle donne uccise nei primi 10 mesi del 2020. Le associazioni avevano lanciato l’allarme fin dal primo lock-down in primavera.

Il timore era che per chi viene maltrattata in famiglia la quarantena sarebbe coincisa con un aumento delle violenze. L’isolamento, la convivenza forzata, l’impossibilità di sottrarsi materialmente alle violenze uscendo di casa e l’instabilità del periodo hanno reso le donne e i loro figli ancora più esposti alla violenza domestica. Ora i dati confermano le paure. Secondo il VII Rapporto EU.R.E.S. sul “Femminicidio in Italia”, uno degli aspetti più rilevanti nell’analisi del fenomeno nei primi 10 mesi del 2020 riguarda proprio la “correlazione tra convivenza e rischio omicidio. Il numero dei femminicidi familiari con vittime conviventi sale da 49 a 54 (+10,2%). Il rapporto di convivenza, che già nel 2019 si presentava per il 57,6% delle vittime, raggiunge il 67,5% nei primi dieci mesi del 2020.

Nel trimestre del primo lock-down si attesta addirittura all’80,8%: tra marzo e giugno, “21 delle 26 donne uccise convivevano con il proprio assassino”, spiega il rapporto. La pandemia e la spinta all’isolamento sono connessi anche al fortissimo incremento dei femminicidi-suicidi del 90,3% (da 31 a 59 casi). Mentre nel 2019 questa dinamica era riscontrabile nel 23% dei casi, nei primi 10 mesi del 2020 sale al 43,1%.

Osservando i dati relativi all’area geografica, emerge un significativo incremento dei femminicidi familiari soltanto nel Nord Italia (da 42 a 46 vittime, pari a +9,5%), dove è registrata oltre la metà (56,8%) dei delitti commessi in Italia. Anche questo aumento è correlabile, secondo EU.R.E.S., alla pressione delle misure di contenimento legata a una maggiore diffusione del virus.

⁶

Banca Dati EU.R.E.S. sugli Omicidi Dolosi in Italia, raccoglie informazioni a partire dal 1990

	<i>Colloquio con psichiatra</i>	<i>Segnalazione Servizi Sociali/Territorio</i>	<i>Attivazione Task Force</i>	<i>Centri Antiviolenza sul Territorio</i>
Regioni del Nord				
Liguria			X	n. 8
Lombardia	X	X	X	n. 78
Piemonte		X	X	n. 23 strutture, n. 14 centri
Valle D'Aosta		X		n.1 Aosta, tel. 1° ascolto
Emilia-Romagna	X	X	X	n. 20
Friuli-Venezia Giulia		X	X	n. 5
Trentino-Alto Adige	X	X	X	n. 10 Trento, n. 4 Bolzano
Veneto		X	X	n. 21 centri, n. 10 case rifugio
Regioni del Centro				
Lazio		X	X	n. 14 centri, n. 9 sportelli
Marche	X	X	X	n. 5 case rifugio, n. 8 strutture
Toscana	X	X	X	n. 24
Umbria	X		X	n. 3 centri, n. 10 sportelli
Regioni del Sud				
Abruzzo	X	X	X	n. 9
Basilicata	X	X	X	n. 2
Calabria		X	X	n. 7
Campania		X	X	n. 67 sportelli/centri
Molise	X			n. 3 centri/case rifugio
Puglia	X		X	n. 20
Sardegna			X	n. 7
Sicilia		X	X	n. 21

Tabella 3) Adesione alle raccomandazioni delle Linee Guida previste dal progetto Pilota "Codice Rosa".

Guardando i dati generali, sono 91 le donne vittime di omicidio nei primi dieci mesi del 2020.

Un dato in leggera flessione rispetto alle 99 vittime dell'anno precedente. Ma a diminuire sono soltanto le vittime femminili della criminalità comune, che passano da 14 del 2019 a tre. Infatti, scendono anche le vittime straniere, solitamente più esposte al rischio in questa tipologia di omicidi, spesso correlati alla prostituzione o alla droga.

Il 2020 registra quindi una leggera crescita del numero delle vittime italiane. Resta stabile il numero dei femminicidi familiari (da 85 a 81) e, all'interno di questi, il numero dei femminicidi di coppia (56 in entrambi i periodi), mentre aumentano le donne uccise nel contesto di vicinato (da 0 a 4).

L'incidenza del contesto familiare nei femminicidi raggiunge nel 2020 il valore record dell'89%, superando il già elevatissimo 85,8% registrato nel 2019. Allo stesso modo aumentano i delitti consumati nella coppia, che salgono fino al 69,1%, contro il 65,8% nell'anno precedente.

A subire le tragiche conseguenze della "trappola della convivenza forzata" sono state le coniugi e conviventi (+13,5%) e anche le madri, con 14 vittime rispetto ai 9 casi del 2019, uccise da figli spesso affetti da disturbi psichici.

Diminuisce invece infine il numero delle figlie uccise da uno dei genitori (da 7 a 6 casi) e quello delle donne uccise da altri familiari (da 9 a 5). Aumenta anche l'età media delle vittime dei femminicidi familiari, che passa da 50,3 anni a 53,8.

5. DISCUSSIONE

5.1 I servizi del Sistema sanitario nazionale

Il nostro sistema sanitario mette a disposizione di tutte le donne, italiane e straniere, una rete di servizi sul territorio, ospedalieri e ambulatoriali, socio-sanitari e socio-assistenziali, anche attraverso strutture facenti capo al settore materno-infantile, come ad esempio il consultorio familiare, al fine di assicurare un modello integrato di intervento. Uno dei luoghi in cui più frequentemente è possibile intercettare la vittima è il Pronto Soccorso: è qui che le vittime di violenza, a volte inconsapevoli della loro condizione, si rivolgono per un primo intervento sanitario. In particolare per la tempestiva e adeguata presa in carico delle donne vittime di violenza che si rivolgono al Pronto Soccorso sono state adottate le specifiche Linee Guida Nazionali per le Aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Inoltre, presso alcuni Pronto Soccorso in Italia si sta sperimentando un percorso speciale per chi subisce violenza, contrassegnato da un codice rosa, o uno spazio protetto, detto stanza rosa, in grado di offrire assistenza dal punto di vista fisico e psicologico e informazioni sotto il profilo giuridico, nel fondamentale rispetto della riservatezza. Poiché spesso, però, la violenza rimane nascosta, al fine di individuarne il più rapidamente possibile i segni è importante rafforzare le competenze degli operatori sociosanitari che entrano in contatto con le vittime, mediante specifici programmi di formazione.

A tal fine, nel periodo 2019-2020, il Ministero della Salute con l'Istituto Superiore di Sanità ha aggiornato ed esteso a tutti i Pronto Soccorso presenti sull'intero territorio nazionale il Programma di Formazione a distanza (FAD) "Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali" (Seconda edizione), precedentemente messo a punto ed erogato in quattro Regioni Italiane (Sicilia, Campania, Lazio, Lombardia).

Il Corso, erogato attraverso la piattaforma www.eduiss.it, è stato indirizzato ai professionisti sanitari e agli assistenti sociali dei Pronto Soccorso impegnati in interventi

di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza per le donne che subiscano violenza. Dei 651 Pronto Soccorso presenti in Italia, hanno aderito al programma formativo a distanza 642 Pronto Soccorso: di questi il 97,7% ha avuto almeno un dipendente/professionista che ha concluso l'intero programma formativo. Hanno partecipato complessivamente 26.347 professionisti; si tratta per il 51,8% di operatori sanitari dell'area infermieristica-ostetrica, per il 15,5% di operatori sanitari impegnati nell'area tecnico-assistenziale, per il 13,7% di medici; per il 4,5% di psicologici; hanno anche partecipato figure professionali non sanitarie (4%): assistenti sociali, avvocati, giuristi. La realizzazione del percorso formativo, per la sua complessità ed estensione su tutto il territorio nazionale, ha richiesto la collaborazione integrata di Istituzioni, esperti multidisciplinari del settore, Referenti delle Regioni e delle Province Autonome, che hanno lavorato in sinergia affinché professionisti sanitari e non possano, all'interno del Pronto Soccorso, disporre di protocolli tecnico-scientifici e comunicativo-relazionali efficaci per accogliere le donne ed accompagnarle in un percorso di fuoriuscita dai contesti di violenza.

5.2 Violenza di genere e formazione sanitari: l'esperienza Regione Veneto

Considerando che la violenza sulle donne ha un impatto così forte nella società, il CREU (Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza) della Regione Veneto, cogliendo l'invito ministeriale, nel 2018 ha scelto di investire nella specifica formazione del personale medico e infermieristico delle UU.OO.CC. di Pronto Soccorso e SUEM 118 delle Aziende ULSS e Ospedaliere di tutta la regione.

Questo corso è finalizzato alla formazione di istruttori regionali, ai quali sarà affidata la formazione del personale delle singole Aziende sulla violenza di genere nel sistema di urgenza ed emergenza.

L'OMS, nella raccomandazione n. 32, 2013, recita: la formazione degli operatori sanitari sulla violenza da partner e sessuale dovrebbe includere diversi aspetti della risposta da fornire a tale violenza come:

l'identificazione della violenza

la valutazione del rischio

la programmazione di un piano di sicurezza

la comunicazione e le abilità cliniche

la documentazione e l'indicazione di ulteriori servizi cui poter fare riferimento.

Il corso si è basato sulla conoscenza e l'identificazione del fenomeno della violenza nella sua complessità sociale e culturale e degli effetti che essa ha sulla salute di chi la subisce, dalle conseguenze fisiche, sociali e psicologiche.

E ancora: la comunicazione con la donna e la raccolta delle informazioni al triage di accesso (l'assegnazione del giusto codice colore, la gestione dell'attesa); l'approfondimento degli aspetti legislativi, giuridici e medico-legali da tenere presenti, la conoscenza della rete operativa multidisciplinare intra (ginecologo, pediatra, infettivologo, medico legale) ed extra ospedaliera (Centri anti violenza).

Le procedure di riferimento per una corretta gestione dei casi di violenza, nei casi sospetti o dichiarati di violenza sui minori e violenza assistita (indicatori comportamentali, fisici e psicologici); infine, la parte più rilevante, ossia la dimissione protetta della donna.

Alla fine di questo corso sono stati identificati infermieri e medici - all'incirca 3 per ogni ospedale della Regione Veneto - i quali, a partire dal mese di settembre hanno organizzato corsi formativi di due giornate, rivolti a tutti i professionisti che lavorano in Pronto soccorso, SUEM 118, ai Medici di Medicina Generale e alle forze dell'ordine, divulgando a più professionisti possibili che hanno a che fare nel quotidiano con donne e/o minori che hanno subito violenza, le metodologie di approccio, la comunicazione, ma in particolar modo il riconoscimento della violenza, avendo come obiettivo finale la messa in sicurezza della donna e della sua famiglia.

5.3 Strategie di prevenzione

Il 23 novembre 2017 l'Italia ha adottato il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne (2017-2020) che definisce la strategia complessiva per prevenire e contrastare la violenza maschile contro le donne e la violenza domestica in Italia, in linea con la Convenzione di Istanbul. Gli episodi di violenza sono il segnale di un malessere organizzativo che deve essere affrontato con approccio sistemico partendo da un'analisi accurata della storia e del contesto. Sulla base delle indagini effettuate dovrà essere progettata una soluzione organizzativa che comprenda tutti i fattori implicati. È necessario fissare obiettivi realistici e raggiungibili a breve, medio e lungo termine ed identificare le azioni coerenti coinvolgendo tutti i soggetti interessati. Proprio per questo motivo è stato creato a tutela delle donne il numero verde 1522. Il 1522 è un numero attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, accessibile gratuitamente sia da rete fissa che mobile.

È dedicato alle donne vittime di violenza e di stalking e risponde in italiano, inglese, francese, spagnolo e arabo.

Le operatrici forniscono una prima risposta ai bisogni delle vittime, orientandole verso i servizi sociosanitari pubblici e privati presenti sul loro territorio, mentre i casi di emergenza vengono gestiti insieme alle forze dell'ordine, secondo una particolare procedura tecnico-operativa.

Il sito "www.1522.eu" fornisce, oltre alla mappa aggiornata delle strutture antiviolenza, info sulle altre risorse a disposizione. Promosso dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il 1522 è gestito dalla onlus Telefono Rosa, fondata nel 1990 da 92 volontarie tra cui avvocate e psicologhe. Vi si sono finora rivolte più di 715 mila donne.

Oltre a gestire il numero verde nazionale e a fornire assistenza legale e psicologica, il Telefono Rosa gestisce diverse case di accoglienza e, a Roma, la Casa internazionale dei diritti umani delle donne, che accoglie "donne maltrattate, vittime di acidificazione, infibulazione, violenze fisiche e psicologiche". Organizza gruppi di auto-aiuto e supporto psicologico e psicoterapeutico per l'elaborazione dei traumi.

Inoltre, per assicurare una pronta individuazione dei casi di violenza e evitare ogni forma

di colpevolizzazione della vittima (la cosiddetta vittimizzazione secondaria), è stata messa a punto una serie di protocolli con i quali gli operatori sanitari e le forze dell'ordine possono gestire in modo adeguato e standardizzato gli interventi legati alla violenza di genere in ogni fase, da quella sanitaria a quella giudiziaria.

5.4 Campagne di sensibilizzazione

Il Dipartimento delle Pari Opportunità sostiene delle campagne di comunicazione per sensibilizzare l'opinione pubblica e per accrescerne la consapevolezza rispetto al fenomeno della violenza degli uomini contro le donne, anche al fine di promuovere una corretta cultura della relazione uomo-donna in ogni età e nella prospettiva di rafforzare il messaggio che una società libera dalla violenza e dagli stereotipi di genere è una società migliore. La diffusione delle campagne avviene attraverso diversi canali, dalla televisione ai social media; le principali campagne, a partire dal 2009, sono state:

Dipartimento Pari Opportunità: 1522 – È l'ora di reagire (2009);

Riconosci la violenza (2010 -2013);

Difendi la tua libertà, inizia a riscrivere la tua vita (2012)

Stalking: quando le attenzioni diventano persecuzione (2012);

Cose da uomini (2014);

La partita di tutti (2018);

Libera puoi (2019-2020) – Libera puoi (novembre 2019) – Libera puoi dire no.

Libera puoi ricominciare. (Novembre 2019)

Un'altra vita è possibile (novembre 2019)

Libera puoi (campagna durante emergenza Covid-19, marzo (2020); FIGC e gli Azzurri al fianco del Dipartimento per le pari opportunità (novembre 2020). Sono molte le regioni che si sono fatte promotrici di campagne di comunicazione e attività di sensibilizzazione contro la violenza. Alcune si rivolgono a un pubblico più ampio, portando l'attenzione sul fenomeno della violenza, mentre altre danno concrete indicazioni su come riconoscerla e prevenirla, indicando anche i servizi di aiuto per uscirne. Le regioni più attive come Piemonte, Bolzano, Lazio, Lombardia, Marche, Emilia Romagna hanno realizzato più iniziative e in molti casi le campagne nascono da un lavoro congiunto tra realtà istituzionale e centri antiviolenza.

5.5 Le strutture antiviolenza

I centri antiviolenza costituiscono il fulcro della rete territoriale della presa in carico - accoglienza, accompagnamento e sostegno - delle donne vittime di violenze e maltrattamenti.

Si tratta di servizi specializzati che lavorano in accordo ai principi della Convenzione di Istanbul. Forniscono gratuitamente assistenza psicologica e legale, sostegno (anche economico) nei percorsi di uscita da situazioni familiari violente, e ospitalità, in caso di bisogno, presso case rifugio dall'indirizzo segreto.

Il numero dei centri antiviolenza è aumentato molto nel corso degli ultimi anni: da 351 nel 2013 a 554 nel 2017, con un incremento del 57,8 per cento. Tra le singole regioni non c'è però uniformità di comportamento.

La mappa di queste strutture si può trovare sul sito del Dipartimento per le Pari Opportunità presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, insieme al Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne e agli ultimi aggiornamenti in materia legislativa: <http://www.pariopportunita.gov.it/contro-la-violenza-sessuale-e-di-genere/> . Un altro utile indirizzario è offerto dalla Casa delle donne per non subire violenza di Bologna, che fin dagli anni Novanta del secolo scorso compila e aggiorna la mappa (non limitata alle strutture istituzionali) “Comecitra : guida ai luoghi contro la violenza in Italia”.

Importante è anche la mappa dei centri “D.i.Re” : l'associazione nazionale Donne in Rete contro la violenza è infatti la prima associazione italiana a carattere nazionale che riunisce 80 centri e case rifugio gestiti da associazioni di donne che offrono attività di consulenza psicologica e legale, gruppi di sostegno, formazione, studio, sensibilizzazione e prevenzione.

5.6 Il codice Rosa

Le Linee Guida Nazionali forniscono la seguente definizione: “Percorso per le donne che subiscono violenza, che dovrà garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati

presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita. Sono coinvolti nel percorso anche le/gli eventuali figlie/i minori della donna, testimoni o vittime di violenza, tenuto conto della normativa riguardante i minori e delle vigenti procedure di presa in carico socio-sanitaria delle persone minorenni.” Il pronto soccorso di Lamezia Terme è stato il primo in Calabria e fra i primi in Italia a dotarsi del codice Rosa Bianca, che si affianca ai normali codici assegnati per gravità, ed identifica un accesso riservato a tutte le vittime di violenza.

Si tratta di un progetto-pilota, nato da una proposta dell’Associazione donne medico al Prefetto di Catanzaro Luisa Latella che, sensibile alla problematica, ha istituito un tavolo tecnico a cui hanno preso parte uffici giudiziari, forze dell’ordine, istituzioni sanitarie, centri antiviolenza, associazioni del terzo settore, enti locali, organismi di parità ed ordini professionali.

L’intervento congiunto di questa task force permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nella più ampia tutela della privacy e del silenzio delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di Percorso da seguire dopo le prime cure.

Ad accogliere la vittima è il personale medico ed infermieristico dovutamente formato, non perché lo scopo è quello di medicalizzare l’approccio con una vittima di violenza, ma perché è necessario prenderla in carico cogliendone le fragilità psicofisiche. L’Associazione Italiana Donne Medico, sezione di Lamezia Terme, ha curato ed espletato, in stretta sinergia con l’Asp di Catanzaro, tutti i corsi di formazione aziendale del personale coinvolto nel Percorso Rosa Bianca.

6. CONCLUSIONI

Il contrasto alla violenza di genere è in primis una grande questione di civiltà e di rispetto dei diritti umani ma è oggi anche una vera e propria “questione sociale”, dal momento che riguarda trasversalmente classi, famiglie, generazioni, gruppi etnici di riferimento. Come sostiene l’Organizzazione Mondiale della Salute è inoltre un grave problema di salute pubblica, che incide direttamente sul benessere fisico e psichico delle donne e indirettamente sul benessere sociale e culturale di tutta la popolazione. Ma, allo stesso tempo, la violenza di genere è anche un fenomeno assai difficile da contrastare, com’è emerso dalle ricerche svolte, perché si annida negli interstizi della società, spesso sfuggenti e insospettabili, manifestandosi per lo più silenziosamente nella vita quotidiana e riuscendo a rappresentarsi come un evento accidentale persino nella percezione delle stesse vittime.

Le violenze di genere determinano, dunque, un costo sociale che frena lo sviluppo economico della società, a cominciare dal mancato guadagno economico da parte delle vittime – che dopo aver subito una violenza hanno grandi difficoltà a condurre una vita equilibrata – fino ad arrivare ai costi finanziari che il sistema deve sostenere per arginare gli effetti negativi di questi maltrattamenti.

Le violenze generano spese pubbliche più elevate per i servizi medici, per il sistema giudiziario, per la sicurezza e, soprattutto, per il prezzo pagato dalle future generazioni in termine di disagio e sviluppo.

Gli studi effettuati hanno consentito di dimostrare che la violenza di genere, per lo più in ambito familiare, è dunque una realtà statisticamente in aumento, soprattutto con la condizione creatasi durante il lock-down che ha peggiorato le situazioni fra le mura domestiche.

La violenza di genere costituisce una tipologia di reato in costante espansione e di continuo interesse da parte della società, ma soprattutto da parte di coloro che ne vengono a contatto per lavoro.

Il fenomeno nella sua globalità è complesso da analizzare in quanto gli autori di reato commettono gli episodi perlopiù entro le mura domestiche e ciò comporta, dato il legame spesso di natura intra-familiare tra autore e vittima, il silenzio di quest'ultima che concorre ad accrescere il cosiddetto "numero oscuro".

Da ciò derivano i limiti dell'analisi di un fenomeno per sua natura sommerso, del quale non è facile tracciare i contorni.

Dalla ricerca condotta è emerso che la violenza contro le donne è un fenomeno multidimensionale e necessita, per un'adeguata presa in carico, di una formazione specifica, che implica l'assunzione di un approccio di genere ma, soprattutto, una modalità organizzativa che metta in primo piano il lavoro di rete e la sua specifica modalità di intervento.

In tutti questi anni, attraverso l'esperienza sul campo e il confronto con altre realtà, sia nazionali sia internazionali, e le ricerche finora condotte ciò che emerge con estrema chiarezza è la necessità di lavorare in un'ottica di rete, se si vuole contrastare efficacemente la violenza di genere contro le donne.

Per raggiungere un vero e proprio approccio di rete, dall'esperienza degli operatori emerge che occorre avere chiaro e portare avanti un obiettivo preciso: soprattutto parlare un linguaggio comune tra chi, a vario titolo, interviene nel percorso di fuoriuscita dalla violenza, utilizzare gli stessi strumenti di lavoro e partecipare attivamente ai tavoli di lavoro per la costituzione e il consolidamento della rete dei servizi per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere.

Con la ricerca svolta, sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati: sono state messe a confronto le varie realtà delle aziende ospedaliere Italiane, i protocolli previsti dal Codice Rosa e il livello di aggiornamento delle Linee Guida Regionali per la prevenzione della Violenza contro le donne.

7. BIBLIOGRAFIA

- Bissolo G., Fazzi L. (2005), Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali, (2014), *Violenza contro le donne: un'indagine a livello di Unione Europea*, FRA, Vienna.
- Boiano I. (2015) - *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci Faber, Roma., *Femminismo e processo penale. Come può cambiare il discorso giuridico sulla violenza maschile contro le donne*, Ediesse, Roma.
- Bozzoli A., Mancini M., Merelli M., Ruggerini M.G. (2012), *Uomini abusanti. Prime esperienze di riflessione e intervento in Italia*, Rapporto di Ricerca: dicembre 2012, Bozzoli A., Merelli M., Ruggerini M.G. (a cura di), (2013) - *Le nove Studi e ricerche sociali.*, Ediesse, Roma.
- Corbetta P. (1999) - *Il lato oscuro degli uomini. La violenza maschile contro le donne: modelli culturali di intervento, Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Corriere della Sera, *L'inchiesta storie di violenza. Perché l'ho fatto. La parola agli uomini*, 25/05/2014. Disponibile su: <http://27esimaora.corriere.it/articolo/linchiestastorie-di-violenza2perche-lho-fattola-parola-agli-uomini>.
- Creazzo G., Bianchi L. (2009), *Uomini che maltrattano le donne: che fare? Sviluppare strategie di intervento con uomini che usano violenza nelle relazioni di intimità*, Carocci Faber, Roma.
- De Zulueta F. (1999), *Dal dolore alla violenza: le origini traumatiche dell'aggressività*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Degani P., Della Rocca R. (2014), *Verso la fine del silenzio. Recenti sviluppi in tema di violenza maschile contro le donne, diritti umani e prassi operative*, Cleup, Padova.
- Deriu M. (2012), *Anche gli uomini possono cambiare. Il percorso del Centro LDV di Modena*. Deriu M. (a cura), (2012), *Il continente sconosciuto. Gli uomini e la violenza maschile*, Regione Emilia-Romagna, Bologna.
- Deriu M., *Amore e riconoscimento: la violenza maschile e il senso delle nostre relazioni*, in *Via Dogana* n.78, 2006.
- Eu.r.e.s. (2015), *III Rapporto su caratteristiche, dinamiche e profili di rischio del femminicidio in Italia*, Eures ricerche economiche e sociali, Roma.
- Giari S., Karadole C., Pasinetti C., Urso F., Verucci C., (2010), *Femminicidi nel 2009: un'indagine sulla stampa italiana*, Casa delle donne, Bologna.
- Guaraldi L. (2014), *Indagine statistica sul reato di atti persecutori*, in *Diritto penale*

contemporaneo, Disponibile su: http://www.penalecontemporaneo.it/tipologia/0-/-/-/3559-indagine_statistica_sul_reato_di_atti_persecutori Istat (2006),
La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. Istat (2014),
La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia.
Magaraggia S., Cherubini D. (2013), Uomini contro le donne? Le radici della violenza maschile, Utet, Torino.
Ministero della Giustizia, Direzione generale di Statistica, (2014),
Stalking, indagine statistica attraverso la lettura dei fascicoli dei procedimenti definiti con sentenza di primo grado, Dg. Stat, Roma. Pacilli M.G. (2014),
Quando le persone diventano cose. Corpo e genere come uniche dimensioni di umanità, Il Mulino, Bologna. 150 Regione Veneto (2010), Individuare la violenza domestica. Manuale per gli operatori. Guardiamo avanti con sicurezza. Rivista di Psicodinamica criminale, Anno VIII - n. 2 luglio 2015,
Interventi con gli uomini maltrattanti. Amnesty International, Il terrore dentro casa.
La violenza domestica nel mondo, Torino, EGA, 2008 Intervita ONLUS, Quanto costa il silenzio? Indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne, Milano, novembre 2013 (disponibile online sul sito www.intervita.it) ISTAT,
La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2006, Roma, febbraio 200.
Ass. Donne Giuriste, Stalking e violenza alle donne. Le risposte dell'ordinamento, gli ordini di protezione, Milano, Franco Angeli, (2009) .
Creazzo Giuditta (a cura di), Se le donne chiedono giustizia. Le risposte del sistema penale alle donne che subiscono violenza nelle relazioni di intimità: ricerche e prospettive internazionali, Bologna, il Mulino, 2013.
Franco Angeli, (2008), Spinelli Barbara, Femminicidio: dalla denuncia sociale al riconoscimento giuridico internazionale, Milano.
Virgilio Maria (2013), Stalking nelle relazioni di intimità, Bologna, Bononia University Press.

Katia Demofonti (2018). - Ufficio III - Rapporti con l'OMS e altre agenzie ONU Guida "In difesa delle donne Leggi, aiuti e risorse contro la violenza di genere in Italia". Offerta formativa regionale in tema di salute (PRP 2014 – 2018) A.S. 2019/2020.

Informativa OMS: violenza Contro le Donne a cura di Carmen ANDREUCCIOLI Senato della Repubblica Laura MARAGNANI

Ufficio Valutazione Impatto (informazioni aggiornate al 1° novembre 2018). "Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto", documento discusso e approvato dal sottogruppo del Tavolo del Patto della Professione composto da: Patrizia Del Principe e Gianmario Gazzi (CNOAS), Alessandro Sicora (AIDoSS), Graziella Povero (AssNAS), Bruna Pirola (SoStoSS), M. Alessandra Giribaldi (SUNAS),. Redatto a cura di M. Alessandra Giribaldi.

Elisa Filippi, Giulia Gandini, Annalisa Gramigna e Massimo La Nave, La Lotta Alla Violenza Sulle Donne, distribuito in occasione del Convegno "Stati generali delle amministratrici"

AA.VV., n. 5 (2014), Donne vittime di violenza: azioni politiche a confronto, in "Welfare Oggi",

Cimagalli F. - Franco Angeli (2014), Le politiche contro la violenza di genere nel welfare che cambia,

Consiglio d'Europa (2011), Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, (www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/PrimoPiano/Convenzione_Istanbul_violenza_donne.pdf)

Fondazione Pangea onlus (2014), IRPPS (Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali), UDI (Unione Donne in Italia), Ricerca pilota su 28 Comuni d'Italia sul tema "Violenza sulle donne, politiche territoriali e Convenzione di Istanbul. Presente e futuro in Italia". Presentazione di una prima analisi dei dati,

Gruppo di lavoro del Dipartimento per le Pari Opportunità (2013) – Regione Campania , Modello organizzativo per il contrasto alla violenza di genere a alla tratta in Regione Campania, (http://www.retepariopportunita.it/Rete_Pari_Opportunita/UserFiles/programmazione_2007_2013/documenti_regionali/Modello_organizzativo_tratta_Campania.pdf)

) Istat / Dip. per le Pari Opportunità (2014), La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. (scaricabile dal sito <http://www.istat.it/it/archivio/161716>)

Merelli M., Ruggerini M. G. (2011), La sicurezza delle donne. Pratiche di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere: protocolli e reti locali in Emilia-Romagna, Materiali di “Città Sicure” n.1, Bologna, Regione Emilia-Romagna, Merelli M., Diritti contro la violenza Le leggi regionali sulla violenza contro le donne. Analisi comparata, WeWorld Onlus, 2015 (www.intervita.it/public/CMS/Files/616/Ricerca_DEFINITIVA.pdf)

Regione Toscana (2011), Terzo rapporto sulla violenza di genere in Toscana (<http://servizi2.regione.toscana.it/osservatoriosociale/directory.php?idCartella=21936&mostra=att&cartelle=Y>)

8. SITOGRAFIA

<https://www.eures.it/con-il-lockdown-e-aumentata-la-violenza-sulle-donne-nel-2020-uccisa-una-donna-ogni-3-giorni-raddoppiano-i-femminicidi-suicidi/>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_573_15_fileAllegatoIntervista.pdf

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3664_listaFile_itemName_10_file.pdf

http://www2.consiglio.regione.abruzzo.it/leggi_tv/abruzzo_lr/2016/lr16017/Intero.asp;

Riferimenti Bibliografici “European Agency for Safety and Health at Work” (EU-OSHA)

https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento/files/000/029/237/Guida_In_difesa_delle_donne.pdf

<https://www.1522.eu/mappatura-1522/>

<https://www.differenzadonna.org/codice-rosa/>

http://cerca.ministerosalute.it/search?q=violenza+1968&client=defaultPORT_frontend&proxystylesheet=defaultPORT_frontend&site=default_collection&output=xml_no_dtd&filter=p

www.salute.gov.it

www.trovanorme.salute.gov.it

scholar.google.it

www.istat.it

www.informareunh.it

www.interno.gov.it

www.pariopportunita.gov.it

www.regione.toscana.it

www.teleliguriasud.it

www.alisa.liguria.it

www.imperiapost.it

www.genova24.it

www.anci.it

www.aslroma4.it

viva.cnr.it

www.1522.eu

www.gazzettaufficiale.it

www.who.int

www.regione.lombardia.it

9. RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso.

In primis, un ringraziamento speciale alla mia Relatrice, per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse durante tutto il percorso di stesura dell'elaborato.

Inoltre per averci accompagnato sin dall'inizio di questo duro ma appagante percorso, senza la Sua presenza come Coordinatrice del Corso di Laurea, Insegnante e nel mio caso persino Relatore... la Sua empatia ci ha fatto sentire il nostro Corso di Laurea molto più unito sin dal primo giorno, grazie per l'impegno che dedica a tutto ciò.

Con lo stesso affetto, un ringraziamento speciale a tutti i tutor universitari, in particolare alla mia Correlatrice; non avrebbe potuto scegliere lavoro per Lei più azzeccato, costantemente presente per tutti gli studenti, gentile ed empatica. Il nostro percorso di Laurea prevede diversi momenti di sfide ma anche di potenziali "crisi", affrontando già da subito il tirocinio nei primi mesi, senza lei come punto di riferimento non penso che sarebbe stata la stessa cosa... grazie per l'impegno!

Ringrazio infinitamente i miei genitori che mi hanno sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta del mio percorso di studi.

Un grazie di cuore alle mie colleghe Sara ed Erika, con cui ho condiviso l'intero percorso universitario. È grazie a loro che ho superato i momenti più difficili. Senza i loro consigli ed il loro supporto, non ce l'avrei mai fatta.

Infine, dedico questa tesi a me stessa, ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di arrivare fin qui, nonostante i duri momenti passati...mi sento finalmente realizzata!!Non vedo l'ora di applicare tutte le conoscenze apprese e iniziare questo nuovo cammino nel mondo del lavoro.

