

CONVEGNO

VIOLENZA DI GENERE: L'IMPEGNO DELL'ISS NELLE AZIONI DI CONTRASTO E PREVENZIONE PER L'ASSISTENZA ALLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

28 novembre 2019

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Dipartimento di Neuroscienze

Servizio Comunicazione Scientifica

Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute



RACCOLTA ABSTRACT

Ri-conoscere, ascoltare e accogliere le donne che hanno subito violenza

E. Longo

Istituto Superiore di Sanità

eloise.longo@iss.it

La violenza sulle donne è un problema di salute pubblica globale. Essa è, in primo luogo, una violazione dei diritti umani (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Istanbul l'11 maggio 2011 - ratificata in Italia con la Legge 27 giugno 2013, n. 77), ed è uno dei principali fattori di rischio, di cattiva salute e di morte prematura per le donne e le ragazze (WHO, 2002).

In Italia sono 6 milioni e 788mila le donne che hanno subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale, il 31,5% tra i 16 e i 70 anni; il 20,2% ha subito violenza fisica, il 21% violenza sessuale, il 5,4% forme più gravi di violenza sessuale come stupri e tentati stupri (ISTAT, 2015). Dai dati di Pronto Soccorso emerge che una donna su tre è aggredita dal partner e, tra quelle gravemente abusate, più dei due terzi accusano sintomi di stress da disordine post-traumatico a tre mesi dalla violenza (ISS, 2017).

La violenza sulle donne non è una questione privata ma, come ha sottolineato l'Unione Europea, riguarda la società nel suo complesso. La violenza nei confronti delle donne è un fenomeno che si alimenta di pregiudizi e stereotipi comuni profondamente radicati e diffusi nella società e che non si limita ai drammatici casi di femminicidio. Diventa, quindi, importante riconoscere i segnali di maltrattamento e abuso nelle sue varie forme: psicologica, fisica, economica, sociale e culturale. La tradizione che ancora alimenta una cultura del possesso nella relazione affettiva impedisce di leggere nello squilibrio dei rapporti uomo-donna i segni alla base della violenza. A ciò si aggiunga il senso, molto spesso concreto, di solitudine vissuto dalla donna che subisce maltrattamenti e violenze all'interno della mura domestiche. La rete dei rapporti umani che circonda la donna che subisce violenza può fare la differenza assieme a quella dei servizi ed enti istituzionali che costituiscono la "rete antiviolenza" (centri antiviolenza, operatori di emergenza, forze dell'ordine, servizi sociali territoriali ecc.).

L'impatto sociale della violenza sulla popolazione e, soprattutto, su donne e bambini in termini di frequenza e gravità del danno psico-fisico, ha reso la risposta assistenziale e la prevenzione della stessa un importante obiettivo di politica sanitaria.

L'Istituto Superiore di Sanità da anni è impegnato in attività per la prevenzione e il contrasto della violenza contro le donne con progetti di ricerca, formazione e sorveglianza ospedaliera.

Scopo del presente contributo è quello di analizzare le principali azioni per la presa in carico, cura e l'accoglienza delle donne che hanno subito violenza nei contesti socio-sanitari.

Le azioni del ministero della salute in contrasto alla violenza contro le donne

C. Tamburini, G. Rizzo

Ministero della Salute

c.tamburini@sanita.it

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (cosiddetta «Convenzione di Istanbul») è stata ratificata dall'Italia con la legge 27 giugno 2013, n. 77.

La Convenzione definisce la «violenza nei confronti delle donne» come «una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella sfera pubblica che nella sfera privata».

Secondo l'indagine dell'ISTAT, condotta su un campione di circa 25.000 donne, in Italia quasi 7 milioni di donne tra i 16 e i 70 anni hanno subito almeno una volta, all'interno o all'esterno della famiglia, una violenza fisica, sessuale o entrambe.

Si tratta quindi un fenomeno che impatta sul 31,5% della popolazione femminile italiana. Le conseguenze di queste forme di violenza possono perdurare per tutto l'arco della vita, riguardare anche le persone che circondano la vittima (in primis i figli), e determinare seri effetti negativi sulla salute fisica e mentale, sulla formazione scolastica, sull'occupazione e sull'economia generale del paese.

La situazione nella quale un minorenne assiste, direttamente o indirettamente, o percepisce gli effetti di atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui o lei affettivamente significative è definita «violenza assistita». Il Ministero della Salute, nel quadro dell'attuazione della Convenzione di Istanbul Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, ha collaborato con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Pari Opportunità, per la definizione del Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020. La struttura del documento del Piano strategico nazionale ha seguito i principi della Convenzione di Istanbul, prevedendo un'articolazione sui 4 assi di intervento proposti dalla Convenzione: Prevenzione, Protezione e sostegno, Perseguimento dei colpevoli, insieme all'asse trasversale delle Politiche integrate. Particolare attenzione viene data alla valorizzazione delle esperienze esistenti e alla governance territoriale degli interventi.

Nell'ambito degli interventi finalizzati a rendere operativi i percorsi di tutela per le donne vittime di violenza si evidenzia che con D.P.C.M. 24 novembre 2017 sono state adottate le Linee guida nazionali di indirizzo e orientamento per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e di assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Le Linee guida tracciano un percorso per le donne che hanno subito violenza affinché sia garantita loro un'adeguata e tempestiva presa in carico, dal triage fino all'accompagnamento e/o orientamento, previo consenso della donna vittima di violenza, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio. Nel contesto del Pronto soccorso è fondamentale che l'approccio sia multidisciplinare per fornire non solo la necessaria assistenza sanitaria, ma attivare anche quella giudiziaria e sociale, riguardo ad ogni possibile aspetto legato all'emersione e al tempestivo riconoscimento della violenza per un accompagnamento all'uscita dalla violenza, in collaborazione anche con i centri antiviolenza.

Le cifre della violenza di genere nella statistica ufficiale

M.G. Muratore

ISTAT

muratore@istat.it

L'Istat dal 1997 è impegnato a raccogliere i dati sulla violenza contro le donne e negli anni ha sviluppato conoscenze che permettono misurare il fenomeno, la diffusione della violenza e le sue conseguenze, i fattori di rischio e le radici culturali della stessa, ma anche di conoscere la presa in carico delle donne che si rivolgono ai centri antiviolenza e alle case rifugio, il percorso della donna al momento della denuncia della violenza subita, la perseguibilità degli autori della violenza.

L'Istat, quindi, si ritrova pienamente in linea alle indicazioni della Convenzione di Istanbul, che fa delle 3P, prevention, protection e persecution, la strategia principale per la prevenzione e la riduzione della violenza contro le donne, nella consapevolezza che per condurre delle buone policy sia necessaria una buona base dati integrata, che permetta di pianificare e monitorare politiche adeguate.

Nella relazione verranno presentati i principali dati sulla violenza contro le donne a partire dai femminicidi, la sua evoluzione, nel tentativo di coglierne le cause.

I dati dei centri antiviolenza e delle case rifugio

A. Battisti

ISTAT

albattis@istat.it

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza sulle donne e contro la violenza domestica (Istanbul, 2011) prevede che gli Stati predispongano "servizi specializzati di supporto immediato, nel breve e lungo periodo, per ogni vittima di un qualsiasi atto di violenza che rientra nel campo di applicazione" della Convenzione. L'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 2014 stabilisce che i Centri antiviolenza sono "strutture in cui sono accolte – a titolo gratuito – le donne di tutte le età e i loro figli minorenni, le quali hanno subito violenza, indipendentemente dal luogo di residenza". I Centri antiviolenza e costituiscono quindi il fulcro della rete territoriale della presa in carico della vittima di violenza.

In collaborazione con il Dipartimento per le Pari Opportunità (DPO), il CNR e le Regioni, l'Istat ha condotto la prima indagine sui 281 Centri antiviolenza (CAV) che svolgono attività a sostegno delle donne maltrattate e dei loro figli. I CAV che hanno risposto all'indagine sono 253.

I risultati dell'indagine mostrano che nel 2017 si sono rivolte ai CAV 43.467 donne (15,5 ogni 10mila donne); il 67,2% ha iniziato un percorso di uscita dalla violenza (10,7 ogni 10mila). Tra le donne che hanno iniziato tale percorso, il 63,7% ha figli. Le donne straniere costituiscono il 27% di quelle prese in carico.

I servizi offerti sono molteplici, dall'accoglienza (99,6%) al supporto psicologico (94,9%), dal supporto legale (96,8%) all'accompagnamento nel percorso verso l'autonomia abitativa (58,1%) e lavorativa (79,1%). Meno diffusi il servizio di sostegno alla genitorialità (62,5%), quello di supporto ai figli minori (49,8%) e quello di mediazione linguistica (48,6%). L'82,2% dei centri effettua la valutazione del rischio di recidiva della violenza sulla donna.

I Centri antiviolenza hanno profili organizzativi diversi sul territorio. Per erogare i servizi, il 68,5% lavora in collaborazione con le reti territoriali antiviolenza. Laddove la rete non esiste, i centri hanno comunque siglato protocolli bilaterali con i soggetti che si occupano di violenza contro le donne (75,9% dei casi dove non esiste una rete).

Le professioniste che operano nei centri sono 4.403. Di queste, 1.933 (43,9%) sono retribuite mentre 2.470 (56,1%) risultano impegnate esclusivamente in forma volontaria.

Numerose sono le figure professionali di cui i centri si avvalgono: operatrici di accoglienza (89,3%), psicologhe (91,7%), avvocate (94,1%), educatrici (50,2%). Scarsa invece la presenza di mediatrici culturali (28,9%). La maggiore quota di volontarie si riscontra tra le operatrici e le avvocate.

Oltre a farsi carico delle donne vittime di violenza, i Centri svolgono attività di informazione e prevenzione. Nel 2017, l'81% ha organizzato formazione all'esterno, soprattutto verso gli operatori socio-sanitari, ma anche verso le forze dell'ordine e gli avvocati, e il 91,7% ha svolto attività d'informazione presso le scuole.

Per gestire le situazioni di emergenza l'85,8% dei CAV è collegato con una casa rifugio. Queste rappresentano un'altra delle strutture previste dall'Intesa del 2014. Per questo motivo, sempre in collaborazione con gli stessi partner dell'indagine CAV, è stata effettuata anche una rilevazione su 232 case rifugio. Tra queste, 211 sono quelle che hanno completato il questionario.

Sono 1.786 le donne che hanno trovato ospitalità in casa rifugio nel corso del 2017, l'86,7% delle donne ospitate proviene dalla regione dove è situata la casa rifugio. Per oltre un terzo (34,0%) delle donne i servizi sociali territoriali costituiscono il canale di segnalazione verso la casa rifugio che, unitamente ai centri antiviolenza (24,2%), coprono oltre la metà (58,2%) delle modalità di accesso a questo tipo di residenzialità protetta.

Tra i servizi offerti ve ne sono alcuni che vengono erogati prevalentemente in forma diretta dalle case rifugio, oltre alla protezione ed ospitalità in urgenza: servizi educativi e di sostegno scolastico ai minori, orientamento all'autonomia abitativa e sostegno alla genitorialità. Altri servizi vengono invece erogati in collaborazione con i centri antiviolenza e con altri servizi del territorio, così come è emerso anche dall'indagine specifica sui CAV.

Il lavoro di rete, anche in questo caso, è fondamentale per le case rifugio che nell'86,3% aderiscono alla Rete territoriale antiviolenza presente sul loro territorio.

Il lavoro delle case rifugio si basa, principalmente, sull'apporto di personale retribuito (65% del totale del personale). Le operatrici che lavorano a titolo esclusivamente volontario costituiscono invece il restante 35%. Le figure professionali maggiormente presenti, oltre alle coordinatrici/responsabili e al personale amministrativo, sono le operatrici di accoglienza, le educatrici e le psicologhe. La figura meno presente anche in questo caso è quella della mediatrice culturale.

Le conseguenze della violenza sulla salute delle donne

G. Scaravelli

Istituto Superiore di Sanità

giulia.scaravelli@iss.it

Le donne europee che hanno subito atti di violenza fisica almeno una volta nella vita adulta sono tra il 20 ed il 25% e più del 10% hanno subito violenze sessuali. Per quanto riguarda la situazione italiana, dagli ultimi dati Istat, le donne 16-70enni che hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale sono il 31,5%. La violenza è esercitata nella maggior parte dei casi da partner, ex partner o da un altro familiare.

Numerosi studi concludono che la vittima di violenze – che siano fisiche, sessuali o psicologiche, compiute da un partner o da un'altra persona – incorrerà in un problema di salute più spesso di un'altra donna che non abbia subito tali violenze. L'impatto di queste violenze sulla salute è nella maggior parte dei casi grave e a volte devastante.

Da sottolineare che il 30% delle donne che ha problemi di salute sessuale e/o riproduttiva ha subito o subisce violenza. Inoltre le donne che hanno avuto esperienze di violenza fisica o combinata con altre forme di violenza al confronto con le donne con non l'hanno mai subita hanno un rischio 3 – 4 volte maggiore di contrarre una malattia sessualmente trasmissibile.

Le radici antropologiche della violenza

G. Di Cristofaro

LUNID

gioia.dicristofaro@gmail.com

L'intervento si propone di:

- a) Ricostruire gli assi culturali attraverso i quali si è costituito dall'antichità ad oggi il processo di inferiorizzazione dell'identità femminile, pur nelle mutevoli espressioni nel tempo e nello spazio.
La violenza è senz'altro un' espressione di tale realtà.
- b) Le donne hanno subito quattro tipi di discriminazioni :
 - impedimento di accedere a spazi e ruoli della società
 - occultamento di ciò che nonostante tutto le donne hanno realizzato
 - distorsione, banalizzazione, riduzione dei loro contributi e svalorizzazione delle loro funzioni
 - stereotipizzazione della figura femminile a supporto e rinforzo della cultura pregiudiziale nei confronti delle donne
- c) Analisi dell'asimmetria di potere tra donne e uomini
- d) Processo di riformulazione dell'identità femminile tra rotture, persistenze e resistenze
- e) Dalla cultura della discriminazione alla cultura dell'equivalenza

Sorveglianza delle violenze su soggetti vulnerabili

C. Mamo

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3

carlo.mamo@gmail.com

Il problema delle violenze compiute su soggetti deboli e vulnerabili (donne, bambini, anziani) rimane poco conosciuto nelle sue reali dimensioni, per una sistematica sottorilevazione dovuta alla tendenza a non esternalizzare le situazioni di abuso occorrenti nell'ambito familiare, amicale e comunitario. I metodi di sorveglianza epidemiologica possono dare un contributo utile alla prevenzione, favorendo la definizione di sistemi automatici di riconoscimento di eventi non denunciati, che permettano una presa in carico dei soggetti ad alto rischio da parte del sistema di sicurezza e di protezione sociale.

Ecco una sintesi dei risultati tratti dalla valorizzazione delle fonti informative di mortalità e sanitarie, con focus sul Piemonte.

- La mortalità per omicidi è caratterizzata da ampie fluttuazioni, legate al basso numero di eventi. Si può tuttavia evidenziare come nei maschi di età 15-69 il trend del tasso di mortalità da omicidi risulti in discesa (0,73*100.000 nel 2013-2016, era 1,03 nel 2005-2008), presentando invece tra le femmine un aumento (0,6 nel 2013-2016, era 0,42 nel 2005-2008).
- La distribuzione territoriale della mortalità in Piemonte pone in evidenza la grande area urbana di Torino nella fascia 15-69 anni, per entrambi i generi. Più sfumato il rischio nella grande area urbana se guardiamo alle morti violente di bambini e anziani.
- La mortalità per omicidi presenta un evidente gradiente sociale (è più alta all'abbassarsi del livello socio-economico) nella fascia di età dei giovani e adulti, più marcato tra i maschi, meno nelle femmine, bambini e anziani.
- A livello nazionale, la mortalità maschile segue un gradiente nord-sud, mentre quella femminile si

distribuisce più omogeneamente.

- L'ospedalizzazione per abusi e maltrattamenti di donne di 15-69 anni, risulta in aumento in Piemonte negli ultimi anni: da 3,1/100.000 abitanti nel 2003-2005 a 6,4 nel 2015-2017.
- Nella fascia di età pediatrica, sembra evidenziarsi una riduzione dei tassi di ricoveri per abusi, passati da 12/100.000 nel 2003-2005 a 8 nel 2015-2017.
- Riguardo agli anziani di età superiore a settanta anni (di entrambi i sessi), si rileva in Piemonte un tasso di ospedalizzazione per abusi che passa da 3,9/100.000 nel 2003-2005 a 4,6 nel 2015-2017, con incidenza è maggiore nel sesso maschile.
- In Piemonte vi è un rilevante aumento degli accessi in pronto soccorso codificati come violenze, con tassi risultanti in ascesa, con un picco di 14/10.000 tra i bambini nel 2015, mentre è 4 tra gli anziani, 13 nelle donne giovani e adulte, 12 negli uomini di pari età. Tale trend potrebbe indicare una maggiore sensibilità nelle procedure di riconoscimento, in entrambi i generi e fasce di età, e non necessariamente una recrudescenza del problema.
- I traumi della testa nel loro insieme sono più frequenti tra i maschi giovani e adulti (30%), meno tra le donne di pari età (15%), mentre nella fascia di età pediatrica e nei pazienti più anziani si arriva al 22%. Distorsioni e colpi di frusta alla colonna cervicale rappresentano il 13% dei traumi da violenze in donne giovani e adulte.
- I disturbi mentali sono predittivi di accesso in PS per violenze, sia in età pediatrica che nelle donne adulte.
- Si rilevano tassi maggiori di mortalità e ospedalizzazione per violenze nei soggetti di cittadinanza estera. Le donne migranti vittime sono più giovani, concentrandosi per quasi due terzi nella fascia 20-39 anni, dato che riflette probabilmente anche la composizione per età della popolazione immigrata, mediamente più giovane.
- Per le donne vittime di violenza in età fertile (15-49 anni), oltre il 35% dei casi è dovuto ad aggressione dal coniuge o partner sentimentale (nei maschi è meno del 10%)
- Le violenze su donne e bambini vengono più frequentemente compiute in un ambito domestico e familiare (quasi l'80% dei casi di violenze su donne è compiuto da conoscenti; nei maschi tale percentuale è inferiore al 40%).
- I risultati ottenuti sembrano confermare i trend epidemiologici emersi a livello di sorveglianza europea, come la tendenza alla riduzione della mortalità da violenze e un incremento degli accessi a setting sanitari, probabilmente correlata, più che a una esacerbazione del problema, a una maggiore capacità di riconoscimento.
- I trend temporali indagati non hanno evidenziato una accentuazione del problema associabile al periodo di crisi economica, ma alcuni indicatori prodotti rendono plausibile pensare che le difficoltà economiche abbiano contribuito a incrementare l'occorrenza di eventi in nuclei familiari precedentemente a basso rischio.
- Si rileva una maggiore frequenza del problema in famiglie e ambienti socialmente fragili, nelle donne che vivono sole, specie se separate e con figli.
- Le violenze interpersonali compiute in ambiente familiare si caratterizzano per la recidiva; eventi sentinella riconosciuti (attraverso screening, clinical finding, indicatori di sospetto) nei Pronto Soccorso possono essere utilizzati per il riconoscimento dei soggetti e delle situazioni familiari a maggior rischio.

La complessità della violenza nei confronti delle donne

M. Ligas

Centro di Psicologia e Psicoterapia Funzionale

monica.ligas@gmail.com

La violenza in famiglia è un fenomeno complesso, che coinvolge non solo i diretti interessati ma la società tutta. Le donne vittime sono coinvolte su tutti i livelli (psicologico, fisico, sessuale, economico, sociale e relazionale), così come i loro figli e spesso le famiglie allargate.

La società da un lato fornisce il terreno culturale perché questo fenomeno si verifichi, dall'altro ne viene irrimediabilmente danneggiata ad ogni notizia di cronaca che tratti dei femminicidi o di tutte le forme di violenza cui sono sottoposte le donne.

Per inquadrare un fenomeno così complesso è necessario abbandonare gli approcci semplicistici e assumere una visione più ampia, che permetta di vedere sbocchi e vie d'uscita. È necessario avviare percorsi per il superamento delle stereotipie di genere, interventi che non si fermano al giustizialismo del momento, ma che modifichino le radici profonde della violenza.

Metodi attivi e-learning per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere: l'esperienza dell'ISS

D. Barbina, P. Carbone, A. Di Pucchio, D. Guerrera, A. Mazzaccara

Istituto Superiore di Sanità

donatella.barbina@iss.it

Dal 2004 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) eroga corsi a distanza per i professionisti della salute utilizzando il metodo didattico Problem-based Learning (PBL). Nel corso degli anni, i passi del PBL sono stati ricreati sempre più fedelmente sulla piattaforma EDUISS <https://www.eduiss.it>, permettendo di realizzare corsi attivi e caratterizzati da diversi livelli di interazione.

Dal 15 dicembre 2015 al 21 giugno 2016, sono stati erogati in sequenza due corsi FAD, strutturati secondo il metodo PBL, co-organizzati da:

- Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate - Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, Istituto Superiore di Sanità
- Servizio Formazione-Presidenza (già Ufficio Relazioni Esterne) Istituto Superiore di Sanità

I materiali sono stati sviluppati da un pool di esperti del settore, coordinati dal gruppo di lavoro dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate. Il Gruppo Metodi e Tecnologie FAD del Servizio Formazione-Presidenza ha collaborato alla progettazione e ha curato gli aspetti tecnico-metodologici. I due corsi, strutturati in due unità tematiche (Inquadramento del fenomeno e identificazione dei casi di violenza di genere - Il ruolo delle reti territoriali multidisciplinari nella violenza di genere) erano identici dal punto di vista della metodologia e dei contenuti scientifici, ma si differenziavano rispetto alla modalità di interazione e al bacino di utenza, in quanto afferenti a due diversi progetti finanziati e promossi dal Ministero della Salute.

1. "Un programma di formazione blended per operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere". Il corrispondente corso FAD "Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali" (15 dicembre 2015 - 15 giugno 2016), era riservato agli operatori socio-sanitari impegnati nei Pronto Soccorso delle Regioni: Lombardia, Toscana, Lazio e Campania. Il corso e-learning era inserito in un più ampio percorso formativo con incontri residenziali e, inoltre, prevedeva la sua interno un'area di interazione tra corsisti e tutor sulle tematiche del corso (comunità di pratica).
2. "Controllo e Risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea. REVAMP". Il corrispondente corso FAD, "REVAMP - Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali" (21 gennaio - 21 giugno 2016) era riservato agli operatori socio-sanitari impegnati nei Pronto soccorso delle Regioni: Piemonte, Lombardia, Liguria, Toscana, Lazio, Sud Basilicata, Sicilia. Il corso si differenziava dal precedente, benché consistesse di fatto in una seconda edizione dello stesso corso, in quanto era totalmente erogato in modalità e-learning asincrona, ovvero non prevedeva né incontri residenziali né un'area di interazione.

I risultati complessivi dei due corsi indicano che si sono stati formati 850 professionisti della salute (su 1464 iscritti complessivi), incontrando il bacino di utenza indicato dagli obiettivi progettuali. A seguito dei risultati ottenuti, il Ministero della salute ha incaricato l'ISS di riproporre il corso FAD, estendendolo agli operatori dei Pronto Soccorso di tutto il territorio nazionale. Il corso sarà erogato nel primo semestre 2020.

Promozione del benessere per la salute delle donne

Anna De Santi

Istituto Superiore di Sanità

anna.desanti@iss.it

- salute della donna
- scarsa percezione della violenza
- adolescenza e costruzione della violenza
- Life skills per prevenire la violenza e promuovere benessere
- Lavorare nelle scuole per prevenire la violenza
- presentazione della griglia del benessere
- esperienze di "educazione al benessere"

La violenza nei confronti degli operatori sanitari: risultati di una ricerca

M. Cannavò

Asl Roma 2

marina.cannavo@aslroma2.it

Nel 2002 l'OMS ha definito la violenza sul lavoro il più importante fattore di rischio professionale per il benessere e la salute degli operatori sanitari.

Infatti sia la violenza fisica che la violenza non fisica possono determinare importanti conseguenze a breve, a medio e lungo termine sulla salute mentale dei lavoratori.

In particolare, la violenza può causare gravi disturbi psicologici e psichiatrici sugli operatori sanitari come lo stress, il burnout, il disturbo da stress posttraumatico (PTSD), i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi di forma moderata o grave.

Vengono presentati i risultati di una ricerca condotta presso il DEA del Policlinico Umberto I di Roma su 323 operatori sanitari.

Il 93% degli operatori sanitari ha riferito conseguenze sul benessere e sulla salute. Il 10% circa ha riferito la presenza di burnout. Le operatrici di sesso femminile sembrano maggiormente a rischio di conseguenze sulla loro salute mentale.

Poiché la violenza nei luoghi di lavoro è considerato il più importante fattore predittore di stress lavoro correlato, soprattutto nelle aree dove il rischio di violenza è frequente, e lo stress è precursore di patologie psichiatriche, servono azioni di contrasto, di prevenzione e di trattamento degli operatori sanitari vittime di violenza.

Le diverse forme di violenza in relazione con la costruzione sociale della mascolinità

S. Ciccone

Maschile Plurale

stefanociccone64@gmail.com

Troppo spesso consideriamo la violenza maschile contro le donne un'emergenza estranea alla nostra normalità e alla nostra cultura condivisa. Ciò fa sì che anche le strategie di comunicazione e l'impostazione degli interventi di contrasto del fenomeno risultino inefficaci quando non inconsapevolmente interni alla cultura in cui la violenza si genera e trova la sua giustificazione.

Contro la violenza, dunque, è necessario un lavoro di indagine e uno sforzo di consapevolezza, soprattutto maschile, che sia capace di svelare i nessi tra le sue differenti forme e le dinamiche relazionali tra i sessi, le attitudini e i ruoli socialmente attribuiti ai due generi. Il maltrattamento in famiglia, il ricatto sessuale sul lavoro, la violenza economica, il controllo, la non accettazione dell'autonomia e della libertà della donna, incapacità a fare i conti con la propria vulnerabilità, la rimozione della soggettività e del desiderio dell'altra. Ogni violenza rimanda allo schema condiviso di genere, al gioco delle parti tra i sessi ormai naturalizzato e per questo spesso invisibile.

Il contrasto alla violenza diviene così, in realtà, un impegno per trasformare ruoli e rappresentazioni sociali che vincolano la vita di donne e uomini. Ciò permette di pensare un impegno maschile nel cambiamento non come mera assunzione di responsabilità, come sostegno solidale o, peggio, paternalistico, delle rivendicazioni delle donne, ma come opportunità per costruire vite e relazioni più libere anche per gli uomini.

Donne migranti vittime di violenza

Nicoletta Dentico

Associazione K_alma

nicolettadentico@libero.it

La guerra contro le donne vige in molti paesi, pur alieni dai conflitti: una guerra che relega le donne in una condizione di subalternità ed esclusione. Da questa violenza personale fuggono, quando possono, le donne, richiamando così la loro esistenza e il loro desiderio di libertà. Ma essere donne modella ogni fase della esperienza migratoria. Per loro, il viaggio rappresenta un rischio maggiore, aggravato com'è dall'iterazione di dinamiche che confermano l'uso del corpo delle donne come terreno di inauditi e ripetuti abusi. Le violenze psico-fisiche di convenzioni sociali patriarcali dure a morire nei paesi di provenienza, e i lasciti delle violazioni subite durante il viaggio, le vede vittime di ogni sorta di abuso. Questa realtà di persone *vulnerate* prima durante e dopo il viaggio deve essere riconosciuta e portata alla luce, per porre opportuni rimedi all'esperienza specifica del trauma, e per definire meglio le forme di accoglienza e integrazione. Eppure ancora oggi, la mancanza di una narrazione matura su questa realtà, o meglio il rifiuto di riconoscere la specificità della vicenda delle donne migranti oltre qualche tragica notizia sparata sui media, quasi non dà nome all'evento. Per questo, ascoltare le loro storie di vita, può diventare il primo passo per il loro *empowerment*.

Gravidanze e nascite senza violenza

R. Scalisi

Associazione "Il Melograno", Centro Informazione Maternità e Nascita

rscalisi@melogranoroma.org

Sarà presentato il Progetto Gravidanze e nascite senza violenza, ideato e realizzato dall'associazione Il Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita di Roma, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Policlinico Casilino, l'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata e la ASL RM2. Il progetto, attualmente in corso, intende far luce su un particolare e specifico aspetto della violenza di genere, ancora poco studiato e sottostimato in Italia: la violenza subita in varie forme da una donna durante la gravidanza e nei primi periodi dopo la nascita del figlio. Verranno presentati i dati raccolti nel corso dei primi mesi in cui è stata avviata la sperimentazione di metodologie e strumenti in grado di individuare precocemente donne in gravidanza su cui è o è stata esercitata violenza, per offrire loro un percorso integrato di supporto e protezione.

Modello per la rilevazione dei dati riferiti alla violenza di genere

R.M. Gaudio

Università degli Studi di Ferrara

atf@unife.it

L'analisi delle dimensioni, della diffusione del fenomeno e le ripercussioni che esso ha sulla salute e sul benessere dei cittadini, vittime e non solo, sottolinea l'esigenza di fornire risposte coordinate e integrate: una più efficace applicazione della legislazione esistente ed un impegno più diretto e visibile da parte di tutti gli attori, sanitari e non, per favorire l'emersione del fenomeno, attraverso l'istituzione di una vera e propria rete operativa tra tutti i soggetti deve essere obiettivo non solo nazionale ma sia regionale che comunale. Da tale sforzo si raccoglierà una serie di informazioni che potranno essere strumento di analisi delle zone a più alto rischio, permettendo misure preventive idonee ai fabbisogni reali della cittadinanza e quindi di prevenzione del fenomeno.

Non solo, come anche indicato anche dall'OMS, è auspicabile l'adozione di protocolli di intervento discussi e condivisi, individualizzati a seconda delle differenti condizioni, a livello nazionale, ma l'utilizzo di strumenti univoci per consentire una raccolta dei dati uniforme e una standardizzazione delle procedure e dei rilievi. Ciò porterà anche ad accrescere le competenze del personale sanitario e non solo circa le modalità di comprendere i segnali del fenomeno, gli aspetti visibili e chiari e quelli mistificati ed oscuri, oltre agli strumenti ormai largamente in uso di accoglienza delle vittime, per quanto attiene gli obblighi di legge e la raccolta e la conservazione del materiale repertato (in conformità alle leggi dello Stato).

A tal fine è stato possibile prevedere, in ambito provinciale ferrarese (Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere" 2013), un modello organizzativo che risponde alle differenti esigenze delle vittime ed alle reali possibilità assistenziali offerte mediante:

- l'organizzazione di percorsi operativi per l'accoglienza e l'assistenza delle donne maltrattate nelle presso tutti i pronti soccorsi presenti in ambito provinciale
- l'organizzazione di un unico pronto soccorso di riferimento per le donne che hanno subito violenza sessuale, secondo il modello hub and spoke (WHO "Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence" 2003)
- l'organizzazione di un tavolo permanente all'interno della Prefettura in cui i rappresentanti della Amministrazione Provinciale, Comune, Procura della Repubblica, Questura, Comando Provinciale dei Carabinieri, Comando Provinciale della Guardia di Finanza, Comando Provinciale del Corpo Forestale, Ufficio Scolastico Provinciale, Associazioni, Università degli Studi di Ferrara, si incontrano per realizzare protocolli e programmi di studio e formazione
- l'organizzazione all'interno del Tavolo di un momento di rilevazione dei dati di tutte le situazioni che hanno visto coinvolti le persone fragili, includendo situazioni non squisitamente insorte come atti violenti, ma con caratteristiche di eterolesionismo o autolesionismo che possano far insorgere il sospetto di situazioni non denunciate, o al contrario situazioni denunciate che hanno in realtà alla base volontà di strumentalizzazione a fini diversi

In tal modo gli operatori, sanitari e non sanitari, coinvolti hanno la possibilità di individuare il fenomeno (anche sommerso) e di potere incidere positivamente sull'esito di un eventuale processo, in quanto adeguatamente forniti di strumenti e di conoscenze.

Ruolo dell'avvocato di un CAV nel percorso legale della vittima di violenza

A. Faieta,

Associazione Nazionale Volontarie Telefono Rosa

antonella.faieta@gmail.com

Premessi brevi cenni sull'attività svolta dall'Associazione Nazionale Volontarie del Telefono Rosa sarà descritta la modalità di svolgimento della consulenza legale all'interno di un Centro Antiviolenza. La vittima di violenza di genere è una vittima vulnerabile che ha necessità di essere accolta in maniera non giudicante e da personale che abbia una formazione specifica ed anche l'avvocata non deve essere condizionata dagli stereotipi di genere che portano a colpevolizzare la donna o dubitare della sua credibilità. Durante l'intervento si approfondirà poi il percorso legale che può intraprendersi dopo la prima consulenza nel C.A.V. o nella casa Rifugio. Se la donna intende avviare una separazione o le procedure per l'affidamento dei figli, ovvero per la limitazione o sospensione della responsabilità genitoriale il legale del C.A.V. fornirà l'assistenza necessaria. Nel caso la donna decida di denunciare l'autore della violenza sarà seguita già nella redazione dell'atto di denuncia -querela e successivamente durante tutto l'iter processuale con la costituzione di parte civile nel processo fino ad arrivare alla sentenza definitiva. Durante l'intervento verranno descritte le varie fasi del procedimento evidenziando le criticità ed anche i risultati raggiunti nel corso dell'attività svolta da oltre quindici anni a sostegno delle vittime di violenza.

La struttura sociale della violenza

A. Sannella,

Università di Cassino e del Lazio Meridionale

alessandra.sannella@unicas.it

Il dibattito sulla trasformazione del concetto di violenza nelle società contemporanee spesso si articola su temi che con difficoltà riescono a individuare la complessità delle violenze: da un lato si tende a isolare l'individuo violento; dall'altro si cercano cause ad azioni che giustificazioni non possono avere. Le necessità di analisi del fenomeno duellano vieppiù tra la violenza, propria della tradizione, e le 'innovative' forme - sempre più accelerate - e difficili da individuare. Bersaglio mobile, e sempre più sfuggente, la violenza di struttura, tra tradizione e digital society, si iscrive indefessa nella grammatica dei corpi sociali - e umani - lo stridente scenario attraversa le complessità dei contesti, ampliando la forbice delle disuguaglianze che rende necessaria una visione inclusiva e di lungo periodo per il contrasto e per la sua eradicazione. L'analisi dei dati su scala mondiale dimostra che il coinvolgimento attivo degli attori sanitari può essere strategico per orientare la consapevolezza dei decision maker e dei cittadini, sia nei paesi a economia avanzata che in quelli emergenti (Northridge et al. 2009; 61). Si porteranno diversi casi di violenza articolata tra le forme granitiche della tradizione e quelle melliflue della società 4.0, nonché proposte a contrasto. La chiave interpretativa che viene proposta è quella identificata dall'Agenda dell'ONU 2030, e negli obiettivi dello sviluppo sostenibile (SDGs), per un adeguato dialogo con i policy maker, le agenzie educative, il sistema sanitario e, a cascade, sulla visibile riduzione delle articolate forme di violenza. La proposta dello sviluppo sostenibile sui temi della salute è attuabile partendo da alcuni elementi quali: riaffidare un senso alla previsione scientifica, alla ricerca e alla formazione; promuovere la salute in popolazione vulnerabile; attuare azioni volte a rinforzare la coesione; promuovere social innovation nei sistemi di salute.

Attività didattiche di prevenzione per la violenza

D. Nati

Croce Rossa Italiana

natidoc17@gmail.com

L'attualità delle cronache ci pone di fronte a delle realtà drammatiche che ci arrivano distorte e manipolate dai media e dalla politica. La migrazione dall'Africa sb-equatoriale è generata da molte cause prima fra tutte la generazione di falsi miti portati avanti da situazioni promiscue e false. La gente in Africa ha internet ma non l'acqua potabile, ha la televisione ma non la scolarizzazione. Tutto questo porta a vedere delle realtà distorte nei due sensi di marcia ovvero come noi vediamo loro e come loro vedono noi. In questo breve intervento cercherò di illustrare uno spaccato di vita sociale africana; L'Africa delle Mamans.

L'insostenibile pesantezza della virilità, OVVERO l'identità minoritaria della donna

G. Cara

Università Internazionale per la Pace delle Nazioni Unite

presidente@unipaceroma.org

Nel suo intervento, il Prof. Ing. Gianni Cara affronterà il tema della discriminazione contro le donne, ponendo particolare attenzione alla tuttora presente visione androcentrica della società, che può manifestarsi in ogni ambito della vita quotidiana, ed avviando una riflessione su come in tale struttura dicotomica del dominio risultino prigionieri entrambi i generi, condannati a subire un ruolo imposto dall'esterno. Nonostante i grandi passi avanti fatti lungo il percorso, di cui la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne – CEDAW ne è un valido esempio, vi è ancora la necessità di un cambiamento nel mondo sociale, nella sua organizzazione e nelle sue contraddizioni e divisioni.