



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉ D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

Corso di Laurea Triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche

**Il Centro Antiviolenza e il sostegno alle donne vittime
dell'Intimate Partner Violence.**

Relatore:

Prof. Martin Dodman

Laureanda:

Maya Carolina Cotevino

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

Sommario

Introduzione	3
Capitolo 1. La violenza di genere	4
1.1. Gli stereotipi sulla violenza del genere	5
1.2. Tipologie di violenza di genere	12
1.2.1. Violenza fisica	14
1.2.2. Violenza sessuale.....	15
1.2.4. Violenza economica.....	17
1.2.5. Atti persecutori.....	17
1.2.6. Altre forme di violenza.....	18
Capitolo 2. Intimate partner violence	20
2.1. Le motivazioni alla base dell'IPV.....	21
2.2. Le prime fasi di una relazione violenta.....	22
2.3. Il ciclo della violenza	25
2.4. Le conseguenze psicofisiche della violenza domestica	28
2.5. Trattamento della sintomatologia post-traumatica nei casi di violenza domestica	32
2.6. Donne che si prendono cura delle donne; l'ascolto e l'accoglienza nei centri antiviolenza	36
Capitolo 3. Uno studio di un Centro Antiviolenza	40
3.1. La rilevazione da parte del CAV	40
3.1.1. La rilevazione dei numeri	40
3.1.2. I dati relativi alle donne	42
3.1.3. Il confronto con i dati degli anni precedenti	46
3.2. Lo studio tramite intervista.....	51
3.2.1. La coordinatrice	51
3.2.2. Le volontarie.....	56
3.2.3. L'assistente sociale	59
3.2.4. La psicologa.....	59
3.2.5. Le conclusioni	61
Bibliografia	62

Introduzione

Questa tesi si propone di analizzare le diverse forme di violenza di genere, le loro cause e conseguenze, nonché le strategie per prevenire e contrastare efficacemente questo fenomeno. Attraverso l'esplorazione di studi scientifici, dati statistici e uno studio di caso, si cerca di esaminare un problema che richiede un impegno collettivo per essere affrontato e risolto.

Nel primo capitolo viene affrontato il tema della violenza di genere e in modo particolare la definizione dei vari tipi di violenza. Nel secondo capitolo si considera più nello specifico il fenomeno dell'*Intimate Partner Violence*, quindi tutto ciò che concerne l'emergere della violenza nelle relazioni intime. Nel terzo e ultimo capitolo invece si illustra uno studio condotto su un Centro Antiviolenza attraverso un esame dei dati raccolti dal centro stesso e altri dati raccolti tramite interviste somministrate alle figure che lavorano al suo interno, per capire meglio come funziona, quali sono gli obiettivi che si prefissano e le azioni che intraprendono.

Capitolo 1. La violenza di genere

La violenza di genere rappresenta un fenomeno complesso e diffuso che continua a minare i diritti fondamentali e la dignità delle persone in tutto il mondo. Si tratta di una manifestazione profonda delle disuguaglianze di potere tra uomini e donne, radicata in strutture sociali, culturali ed economiche che perpetuano stereotipi dannosi e comportamenti violenti, e solo recentemente riconosciuta, definita e bandita.

La Convenzione di Istanbul rappresenta un'importante svolta nella definizione e l'analisi del problema e dell'azione necessaria per affrontarlo. Essa è il prodotto dei lavori della "Convenzione del consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica", promossa nel 2011, ratificata dall'Italia nel 2013, entrata in vigore nel 2014 e vincolante per i paesi sottoscrittori. La convenzione è fondata su 4 "P": Protezione delle vittime, Procedimento giudiziario, Prevenzione del fenomeno, Politiche integrate. Una delle grandi novità riguarda l'introduzione del fattore della *prevenzione*, che riguarda nello specifico l'ambito della scuola, il sistema universitario, il mondo dei media, la comunicazione pubblica, ovvero le più importanti sfere culturali che sono promotrici di saperi e contenuti, che devono strettamente collaborare fra di loro, se si vuole conseguire un obiettivo comune.

La Convenzione di Istanbul rappresenta il primo strumento giuridicamente vincolante a livello europeo per affrontare la violenza di genere in tutte le sue forme. Essa stabilisce una serie di misure volte a prevenire la violenza, proteggere le vittime e perseguire i responsabili, promuovendo al contempo una cultura di rispetto e uguaglianza di genere. Tra le disposizioni chiave vi sono l'obbligo per gli Stati firmatari di adottare politiche e leggi specifiche, fornire servizi di supporto alle vittime e sensibilizzare l'opinione pubblica. Tuttavia, è importante notare che non tutti i paesi europei hanno ratificato la Convenzione di Istanbul, e vi sono dibattiti in corso su alcuni aspetti controversi, come la definizione del costrutto culturale di genere e la presunta minaccia alla sovranità nazionale.

Esiste uno stretto rapporto tra cultura e genere. In quanto sistema di costruzione sociale basata sulle differenze biologiche, il genere è parte attiva del sistema culturale. Secondo l'UNESCO (2001), "culture is the set of distinctive spiritual, material, intellectual and emotional features of society or a social group, that encompasses, not only art and literature, but lifestyles, ways of living together, value systems, traditions and beliefs". In questo modo, la cultura ci condiziona nel nostro modo di conferire un significato a quel che accade intorno a noi e dare senso al mondo nel quale viviamo. Ci dice non solo come comportarci in ogni situazione, ma anche cosa aspettarci dagli altri, e questo riguarda anche il genere. Le norme di genere vanno a definire gli stereotipi che definiscono le presunte caratteristiche e il comportamento e le azioni socialmente accettabili e

appropriate per le donne e per gli uomini, determinando ciò che ci si aspetta, si permette e si apprezza da loro: cosa è una donna, cosa è un uomo, come devono comportarsi in quanto tali, quale senso devono dare al proprio corpo, quali ruoli possono o non possono svolgere. Sono anche alla base del fenomeno della violenza di genere.

1.1. Gli stereotipi sulla violenza del genere

Per trattare il tema della violenza di genere bisogna anche considerare gli stereotipi sulla violenza. Diversi sono gli stereotipi legati ai ruoli sessuali che sostengono e alimentano la violenza degli uomini contro le donne. Bonura (2016) ne propone un'esaustiva trattazione, dividendo gli stereotipi in tipologie specifiche: quelli indirizzati al fenomeno stesso della violenza, quelli sulle donne che subiscono la violenza e infine quelli sugli uomini che agiscono la violenza. In questo elaborato vorrei soffermarmi sugli stereotipi indirizzati al fenomeno stesso della violenza e quelli sulle donne che subiscono la violenza e infine quelli sugli uomini che agiscono violenza.

Un primo stereotipo da prendere in considerazione riguarda l'idea che il fenomeno sia limitato a delle fasce socioculturali svantaggiate o a specifici background culturali arretrati. Humphreys (2007), osserva come, sebbene l'impatto della violenza sulla salute delle donne sia ormai dimostrato, il contributo in termini di incremento del rischio da parte di fattori come disuguaglianza sociale, povertà, disabilità, e appartenenza a un particolare gruppo etnico sia tuttora dibattuto. Soprattutto in termini di status socioculturale, i dati in letteratura appaiono in alcuni casi contraddittori. Da una parte troviamo i movimenti di supporto alle vittime che evidenziano come l'occorrenza della violenza di genere avvenga in tutti i ceti sociali (Mullender, 1996), togliendo peso alla supposta "giustificazione" delle azioni violente come motivate da difficoltà economiche o problemi lavorativi degli uomini maltrattanti, e contemporaneamente attirando l'attenzione sul rischio di violenza anche da parte di uomini professionalmente affermati. Invece dall'altra parte, tali opinioni, tendono a sottostimare che nelle classi sociali svantaggiate il rischio di violenza domestica appare più elevato rispetto a quello riscontrato nelle altre classi sociali. Per esempio, Walby e Allen (2004) hanno riscontrato come in Gran Bretagna il rischio di vittimizzazione delle donne provenienti da nuclei familiari con reddito inferiore a 10.000 sterline fosse tre volte e mezzo superiore rispetto al rischio di donne provenienti da nuclei con reddito superiore a 20.000 sterline. In modo uguale, le donne che vivevano in alloggi di edilizia sociale avevano un rischio maggiore rispetto alle donne che vivevano in case di proprietà.

Per quanto riguarda il gruppo etnico, i dati dell'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) confermano come la diffusione della violenza di genere sia globale, indipendentemente dall'area geografica di provenienza e/o dalla cultura di appartenenza, con una prevalenza media di

vittimizzazione fisica e/o sessuale da parte dell'attuale partner o di precedenti partner pari al 26% nel corso della vita (WHO, 2021). Focalizzandosi sul continente europeo, e in particolare sulla UE, i tassi di prevalenza appaiono diversi tra Paesi membri (Bermúdez- Meléndez-Domínguez, 2020). In particolare, otto paesi appaiono mostrare una prevalenza più elevata della media UE (Lituania, Danimarca, Regno Unito, Svezia, Belgio, Finlandia, Slovacchia e Lussemburgo) mentre altri nove mostrano una prevalenza più bassa (Spagna, Austria, Croazia, Slovenia, Malta, Irlanda, Cipro, Grecia e Portogallo).

Sempre secondo Bonura (2016), un secondo tema oggetto di stereotipo nel contesto della dinamica violenta, in particolare modo nel fenomeno dell'IPV (Intimate Partner Violence), riguarda il considerare tutto quello che accade entro le mura domestiche come una faccenda relazionale privata, occorrente tra due persone, che deve essere affrontata in termini di mediazione tesa alla riconciliazione.

Tale stereotipo appare in primo luogo in aperto contrasto con l'ispirazione della Convenzione di Istanbul, che vieta il ricorso obbligatorio alla conciliazione o mediazione familiare¹ come procedimenti di risoluzione in quanto potenziale strumento per il perpetratore per mantenere il controllo sulla donna. Al riguardo, Feresin et al. (2018) evidenziano come la mediazione venga usata comunemente nelle fasi negoziali della custodia dei figli, nonostante non vi sia consenso in merito alla sua applicazione nelle situazioni di violenza domestica. Le autrici hanno effettuato una ricerca di tipo qualitativo in Italia, intervistando sia professioniste/i di area giuridica e sociale, sia vittime di violenza domestica, in merito alle pratiche di mediazione. I risultati hanno evidenziato come il più delle volte la violenza venga tenuta nascosta durante la mediazione, e come i professionisti e le professioniste non siano stati/e in grado talvolta di identificarla o l'abbiano derubricata a una situazione conflittuale.

In particolare, emerge che nonostante la mediazione sia vietata dalla Convenzione di Istanbul, essa venga applicata, su base talvolta obbligatoria durante la negoziazione della custodia dei figli nei casi di separazione. Inoltre, la formazione delle professioniste e dei professionisti che spesso viene orientata a un approccio familiare e sistemico, facilita un processo di attribuzione di corresponsabilità di quello che accade nella famiglia a tutti i suoi membri; ciò risulta dannoso nei casi di violenza domestica in quanto va a ricalcare il processo di colpevolizzazione della vittima. Il

¹ Articolo 48 della Convenzione: Divieto di metodi alternativi di risoluzione dei conflitti o di misure alternative alle pene obbligatorie.

1) le parti devono adottare le necessarie misure legislative o di altro tipo per vietare il ricorso obbligatorio a procedimenti di soluzione alternativa delle controversie, incluse la mediazione e la conciliazione, in relazione a tutte le forme di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione.

2) le parti adottano le misure legislative o di altro tipo destinate a garantire che, se viene inflitto il pagamento di una multa, sia debitamente presa in considerazione la capacità del condannato di adempiere ai propri obblighi finanziari nei confronti della vittima.

rischio è che dinamiche di potere e sopraffazione vengano portate avanti anche dopo la separazione, e anzi vengano in qualche modo rinforzate dall'intervento dei Servizi.

Infine, un ultimo luogo comune e stereotipo sulle dinamiche violente contro le donne è che possano essere fatte risalire a una più generale problematica di ordine pubblico, e come tali debbano essere repressi mediante la forza pubblica e mediante un più accorto codice di comportamento da parte delle donne stesse.

Se da una parte in Italia è senz'altro importante la legge 69 del 2019 (cosiddetta "Codice Rosso"²), che prevede snellimenti per l'avvio dell'azione penale nei casi di maltrattamento in famiglia, *stalking* e violenza sessuale, oltre alla disposizione di nuove fattispecie di reato e all'introduzione di misure cautelari e di prevenzione specifiche, dall'altra non appare opportuno ridurre il fenomeno al dominio della repressione e dell'azione penale.

Le proteste delle donne della Gran Bretagna nel movimento *Reclaim the Night*, a partire dalla fine degli anni Settanta, hanno evidenziato come ricondurre il tema della violenza di genere a una questione di ordine pubblico fosse riduttivo. In quegli anni, in seguito a diverse aggressioni fatali a opera di un killer seriale, le autorità di Polizia avevano invitato le donne inglesi a rimanere al chiuso nelle ore notturne. Il 12 novembre 1977 a Leeds si tenne la prima marcia di protesta delle donne, con l'obiettivo di evidenziare l'incongruenza tra il fatto che le limitazioni alla libertà fossero richieste alle donne stesse, vittime delle aggressioni, e non invece agli uomini, in quanto il più delle volte erano loro che compivano queste aggressioni.

Nel 2021 le proteste raggiunsero un apice in occasione dell'omicidio di Sarah Everard, che fu rapita da un poliziotto che non era in servizio, il quale la violentò e poi la uccise. Ma anche in questo caso, la Polizia diede disposizioni alle donne di non uscire di notte, che però portò a ricevere aspre critiche per l'ennesimo caso di spostamento della responsabilità sul comportamento della vittima.

Queste considerazioni ci portano a spostare il focus sugli stereotipi che vengono attribuiti alle donne vittime di violenza. Ripercorrendo ancora la trattazione di Bonura (2016), si possono identificare tre direttrici principali di stereotipi legati alle donne che subiscono la violenza di genere. La prima direttrice è che le donne che subiscono questo tipo di violenza siano persone particolarmente fragili e inclini alla dipendenza; quindi, entrano in delle relazioni che vengono definite disfunzionali a causa delle loro insicurezze personali. La seconda si basa invece sull'assunto che alcune donne siano portate a cercare relazioni "problematiche", con uomini che risultano possessivi e aggressivi, in quanto sono attratte da una figura maschile "dominante". La

² Legge 19 luglio 2019, n. 69 recante "Modifiche del codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere", pubblicata sulla G.U. Del 25 luglio 2019.

terza infine poggia sull'idea che in qualche modo le donne "elicitino" la risposta violenta in base ai loro atteggiamenti nei confronti degli uomini, sia nei termini di sottomissione e passiva accettazione della violenza, sia in termini - al contrario - dell'assunzione di atteggiamenti provocanti.

Relativamente al primo stereotipo, innanzitutto, gli ultimi dati Istat mostrano come le donne separate o divorziate siano più a rischio di violenza rispetto alla media nazionale (51,4% contro 31,5%), e come la fascia di età più a rischio sia quella tra i 25 e i 44 anni. Anche avere possesso di titoli di studio più elevati non è un fattore protettivo, in quanto per le donne con titolo di studio post-secondario la prevalenza è del 15,1% contro quella del 10,6% per coloro con titolo secondario di primo grado e quella del 3,7% delle donne con titolo di studio elementare. Dal punto di vista professionale, le donne con posizioni più elevate appaiono più a rischio: risultano vittime il 16,3% di dirigenti/libere professioniste contro l'11,4% di operaie, il 6,1% di lavoratrici in proprio e infine il 5,1% di casalinghe (Istat,2015). Considerati questi dati, appare poco sostenibile il pregiudizio che siano soprattutto le donne dipendenti e fragili a essere vittime di violenza.

Oltre a questo, è interessante verificare se vi siano specifici fattori di rischio per le vittime di violenza di genere, e che tipologia di fattori siano. Pereira et al. (2020) hanno effettuato una revisione comprensiva della letteratura e hanno evidenziato come le donne che a rischio di vittimizzazione in età adulta sono quelle che da bambine sono state vittime di violenza, quelle economicamente dipendenti e quelle che hanno minori risorse sociali a disposizione. Il fatto che le vittime talvolta siano caratterizzate da minore autostima, isolamento sociale e tendenza alla dipendenza potrebbe essere considerato una conseguenza della violenza di genere quindi gli schemi cognitivi sorti come adattamento alla violenza potrebbero portare queste donne a selezionare selettivamente solo gli aspetti positivi della loro relazione, sottacendo il reale rischio cui sono esposte (Calvete et al., 2007).

In merito invece al secondo e terzo stereotipo, è evidente che considerare una concausa della violenza la presunta ricerca delle donne di relazioni "malate" o in quale modo che sono caratterizzate da aspetti di dominanza e violenza, è un corollario del generale approccio di oggettificazione della donna e del processo di colpevolizzazione della vittima. Solo per richiamare delle opinioni ancora diffuse nella popolazione italiana di entrambi i generi, il rapporto Istat sui pregiudizi di genere, mostra come ancora nel 2018 quasi 4 italiani su 10 credono che parte della responsabilità della violenza sessuale sia della donna in quanto sarebbe capace di sottrarsi al rapporto se davvero lo volesse (sono soprattutto gli uomini ad avere questa opinione: il 41.9% contro il 36.7% delle donne.)

Infine, a rafforzare il pregiudizio sui i rapporti che vengono definiti “malati”, il 7.2% degli italiani ritiene che le donne quando dicono “no” ad una avance sessuale in realtà intendano “sì” (Istat, 2019).

In realtà però la letteratura sembra smontare questo pregiudizio, andando a ribaltare in un certo senso la prospettiva. Come mostrano Orke et al. (2021), le donne che sono vittime di IPV hanno in modo probabile uno stile di attaccamento evitante rispetto alle donne che non ne sono vittime, e in particolare le distorsioni dell’attaccamento possono essere secondarie all’essere state abusate psicologicamente e sessualmente in infanzia. Appare dunque probabile che le donne che in età adulta sono a rischio di vittimizzazione lo siano in quanto in qualche modo precocemente esposte in prima persona a forme di maltrattamento e violenza, e non a causa di loro preferenze per relazioni abusanti o per uomini “dominanti”, o al contrario a causa di loro atteggiamenti provocatori.

In letteratura sono stati evidenziati anche stereotipi specificamente indirizzati sugli uomini che agiscono violenza. Sempre Bonura (2016) identifica in primo luogo la credenza che siano solo gli uomini con disturbi di dipendenza da alcool e sostanze, o con disturbi psichiatrici, a compiere atti di violenza. Particolarmente pernicioso un secondo luogo comune sugli uomini violenti, vale a dire che agiscono violenza in quanto preda di “raptus”, a seguito di comportamenti impulsivi e non pienamente deliberati. Un terzo stereotipo, infine, sostiene che gli uomini violenti sono stati da bambini a loro volta vittime di violenza.

Relativamente al primo e terzo punto, a partire dal lavoro di Edleson et al. (1985), la letteratura internazionale ha evidenziato come gli uomini a rischio di comportamento maltrattante condividano alcune caratteristiche, anche se difficilmente può essere ascritto a questi fattori il potere causale di scatenare la violenza. La review di Roberts (1987) ha evidenziato come il profilo del maltrattante fosse quello di un uomo relativamente giovane (per la maggior parte sotto i 40 anni), legato alla donna da una relazione sentimentale, e con considerevoli problemi lavorativi. Coloro che avevano un'occupazione, svolgevano primariamente mansioni di tipo manuale o artigianale, con una piccola minoranza di uomini che avevano un lavoro superiore o impiegatizio. L'uso di alcool è stato riscontrato nel 60% dei casi denunciati, in modo particolare durante l'aggressione, mentre l'uso di droghe è stato riportato per circa un terzo del campione. Circa il 20% faceva uso sia di droghe che di alcool. Il 40% dei maltrattanti non aveva precedenti per aggressione ed era incensurato. Quindi, come si evince dalla letteratura, la prevalenza di queste problematiche è elevata ma non raggiunge valori assoluti, seppur non trascurabile. Altri dati suggeriscono che gli autori di violenza domestica e di genere non esibiscano disturbi mentali gravi (Saunders, 1999), anche se possono mostrare caratteristiche che sono compatibili con possibili disturbi di

personalità, soprattutto di tipo antisociale, borderline e narcisistico (Waltz et al., 2000). È più opportuno allora ragionare in termini di fattori di rischio, vale a dire di condizioni attuali e/o pregresse che possono essere potenzialmente correlate alla messa in atto della violenza di genere, anche se la causalità non è diretta ma solo probabilistica. In particolare, tra i fattori distali possiamo annoverare l'essere stati esposti a violenza domestica in infanzia, in modo particolare se essa era di grande intensità e ripetitiva: gli uomini che agiscono maggiori episodi di violenza sono quelli che sono stati esposti a episodi ricorrenti e gravi di violenza domestica.

Tra i fattori prossimali, si possono menzionare la gelosia, la mancanza di skills sociali e legami di attaccamento non ottimali (Waltz et al., 2000).

Più nel dettaglio relativamente al terzo pregiudizio, le ricerche retrospettive hanno evidenziato come in effetti in molti degli uomini maltrattanti sia presente un pregresso di violenza assistita, chiaramente in modo particolare osservare il padre che aggredisce la madre (Edleson et al., 1985). Dati ormai consolidati evidenziano come quattro uomini violenti su cinque avessero assistito da bambini a violenza da parte dei padri contro le madri, o fossero stati vittime di violenza (Roy, 1982). I dati preliminari sono poi stati negli anni consolidati (Toplu-Demirtaş et al., 2021). Per spiegare il fenomeno della possibile trasmissione intergenerazionale della violenza, sono state chiamate in causa le classiche teorie di apprendimento sociale (Bandura & Walters, 1977). Secondo questi approcci, un bambino che osserva una situazione di violenza domestica non solo apprende dei repertori violenti di negoziazione relazionale, ma questi repertori possono addirittura ricevere un riscontro positivo e vantaggioso (Dutton & Holtzworth-Munroe, 1997).

Nonostante questo, non è possibile attribuire un assoluto potere causale alle pregresse esperienze di vittimizzazione da parte degli uomini, come è evidente osservando l'altra faccia della medaglia ovvero quegli uomini che, pur essendo stati esposti alla violenza, non esercitano violenza in età adulta. Come evidenziano Dixon et al. (2009), infatti, in relazione non tanto alla violenza domestica quanto al rischio complessivo di maltrattamento a danno delle figlie e dei figli, che la trasmissione intergenerazionale della violenza non sia affatto un processo inevitabile e ineluttabile, e sia influenzato da diversi fattori. Per esempio, potrebbe essere da un lato mediato dallo stato di salute psicologica dei genitori (per esempio, DSPT, depressione, ansia, disturbi di personalità), oltre ad essere un dato che è difficile da valutare sia dal punto di vista metodologico che di ricerca (Ertem et al., 2000). Dall'altro lato alcuni fattori protettivi come la presenza di supporto sociale e l'assenza di seri problemi finanziari possono promuovere dei processi di residenza e interrompere il ciclo della violenza pur in genitori con problematiche diffuse di parenting e pregresse esperienze sfavorevoli precoci (Dixon et al., 2009).

Concludendo con il secondo pregiudizio, quello del ‘raptus’ e della giustificazione della violenza con la presenza di stati di coscienza alterati, è importante richiamare gli esiti della Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere, che nel report finale pubblicato nel 2022 trae le conclusioni di anni di indagini, sopralluoghi, audizioni e studi sul fenomeno³. In particolare, negli stralci della Relazione finale si legge in modo molto chiaro come – in base alle analisi effettuate su in procedimenti penali degli autori di violenza domestica e interpellati i tribunali di sorveglianza, emerge un grado di persone a elevato grado di pericolosità sociale, in grado di mettere in atto azioni violente con un elevato livello di pianificazione e non caratterizzate dall’estemporaneità o dall’essere vittime di un raptus imprevedibile e incoercibile. Nell’analisi delle indagini a carico degli autori di reato, inoltre, emergono spesso delle inappropriate istanze di ridimensionamento delle violenze a ‘conflittualità familiare’, oppure di attribuzione delle stesse a eccessiva gelosia. Talvolta, se ci riferiamo alle indagini di femminicidio, viene dato eccessivo risalto alle condizioni psicopatologiche degli autori di violenza, anche se queste vengono reperite solo dalle dichiarazioni degli autori stessi della violenza, oppure attribuendo un’alta rilevanza a problemi di modesta gravità, come disturbi del sonno o deflessioni dell’umore per i quali non erano stati consultati specialisti ma solo il medico di famiglia. Tale eccessivo risalto viene in alcuni casi utilizzato per suggerire che l’autore del femminicidio sia stato in condizione di incapacità di intendere e di volere.

Di particolare interesse al riguardo è la *Domestic Homicide Review* (DHR) effettuata dalla professoressa Calloni, nel contesto delle attività della Commissione⁴, applicata a 20 sentenze di femminicidio del nostro Paese. In particolare, questa procedura prevede un’accurata analisi *post-mortem* che viene abitualmente implementata nel Regno Unito ai casi di femminicidio, con l’obiettivo di trarre delle indicazioni operative estendibili in chiave preventiva. Dall’analisi comparata dei 20 procedimenti, emergono dei dati di assoluto rilievo e che forniscono linee guida che sono importanti per tutti gli autori coinvolti nella prevenzione alla violenza di genere e alla sua evoluzione estrema in femminicidio. Relativamente al concetto del ‘raptus’ o del momento irrazionale momentaneo e incoercibile, come elementi che scatenano violenza e l’omicidio, la DHR evidenzia in modo chiaro come questa giustificazione non sia più accettata dai giudici che hanno espresso le sentenze, e come essa non sia nemmeno rilevabile nelle vicende che hanno condotto

³ Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere - Senato della Repubblica (XVIII Legislatura), Relazione Finale, Doc. XXII-bis n. 15.
<http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/420984.pdf>

⁴ Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere – Senato della Repubblica (XVII Legislatura), Relazione Finale, Doc. XXII – bis n. 9.
<http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066658.pdf>

al femminicidio. Infatti, nei casi esaminati – pur sottoposti a perizia tecnica su richiesta delle difese – non sono state riconosciute attenuanti per infermità mentale temporanea o permanente.

Al contrario, l'analisi della DHR evidenzia chiaramente come l'esito estremo della violenza fosse praticamente in tutti i casi il punto terminale di una escalation di pregresse minacce, pedinamenti, aggressioni, tentativi di controllo, il tutto causato da un accumulo di rabbia e tensione che proseguiva da tempo e che andava a determinare la volontà di uccidere senza avere nessun tipo di ripensamento o tentennamento. Infatti, nel corso degli interrogatori consultati nella DHR, i colpevoli mostrano un'integra capacità di esame di realtà, spesso corroborata da una capacità di pianificare lucidamente il femminicidio. Viene dunque completamente destituito di fondamento il pregiudizio del violento come non completamente consapevole e in quale modo obnubilato dallo stato alterato di coscienza connesso con il supposto 'raptus'.

1.2. Tipologie di violenza di genere

La violenza di genere si riferisce a qualsiasi atto o comportamento perpetrato contro una persona sulla base del suo genere, che le arrechi danni fisici, psicologici, sessuali o economici. Questa forma di violenza può assumere molteplici manifestazioni, inclusi abusi fisici, sessuali, psicologici, coercizioni economiche, stalking e discriminazioni basate sul genere. È importante sottolineare che la violenza di genere è radicata nelle disuguaglianze di potere tra uomini e donne, e che le donne sono spesso le principali vittime di questo tipo di violenza, sebbene anche gli uomini possano essere colpiti. La violenza di genere viola i diritti umani fondamentali e richiede una risposta multidimensionale che coinvolga azioni legislative, politiche, sociali e culturali per prevenirla e contrastarla efficacemente l'insorgenza.

Alla fine degli anni Settanta sono stati pubblicati i risultati di indagini su campioni nazionali di famiglie che ci mostravano che la violenza degli uomini contro le proprie consorti e quella delle mogli contro i propri mariti fossero diffuse in maniera eguale (Steinmetz, 1978; Straus *et al.*, 1980). Si sosteneva, inoltre, che i mariti, nel tentativo di preservare l'immagine di uomini forti e non sottomessi, fossero meno propensi delle consorti ad ammettere di aver subito maltrattamenti, concludendo, quindi, che la violenza di genere contro gli uomini fosse fortemente sottostimata. Da abusi contro la donna, si passa, quindi, a espressioni come abuso coniugale, violenza domestica, violenza fra intimi, violenza familiare. Con l'espressione violenza domestica spesso si intende indicare anche l'abuso contro i minori e contro gli anziani (Tolan *et al.*, 2006). Quindi a partire da quegli anni si è aperto un dibattito ancora in corso (Archer, 2000; Straus, 2008). Pagelow (1979), Dobash & Dobash (1998), Terragni (2000), Creazzo (2003) e Romito (2005) si oppongono con fervore ad espressioni asessuate come violenza domestica o familiare poiché tratterebbero il

fenomeno come se fosse simmetrico. Johnson (1995), Johnson et al., (2014) e Messinger et al., (2014) operano un tentativo di mediare tra chi parla di violenza domestica e chi di violenza contro le donne, asserendo che i ricercatori siano di fronte a due fenomeni che sono distinti. Da un lato, vi è la violenza reciproca di coppia, in cui la violenza è una risorsa di ultima istanza senza alcuna connotazione di genere, si caratterizza per minore gravità e esplode nella coppia a seguito di conflitti su cui si perde il controllo. Dall'altro, invece, il terrorismo patriarcale fra intimi, cui si riferirebbero invece i ricercatori che adottano un approccio femminista, vedrebbe la donna come unica vittima; si connota per forme di violenza molto più gravi e sarebbe causato da una visione della donna che la relega in posizione di subordinazione rispetto all'uomo.

Straus e Gelles (1979) vanno a ridefinire la violenza come “un atto condotto con l'intenzione, o percepito come tale, di colpire fisicamente un altro individuo”. Questa nuova definizione porta due contributi. In primo luogo, sono considerati violenti anche atti cui non consegue la morte o un grave danno fisico, ma anche e solo una loro minaccia. In secondo luogo, all'intenzionalità dell'autore è affiancata la percezione della vittima. Tuttavia, ancora non si tiene conto né della violenza sessuale, né di quella psicologica. Per questo molti studiosi preferivano utilizzare il termine aggressione, con cui, diversamente dal termine violenza, si potessero indicare atti che provocassero dolore psicologico o privazione. Goode (1971) tentò la distinzione tra atti legittimi di forza e atti illegittimi di violenza. Ma le ricerche si dimostrarono difficoltose, poiché, a livello pratico, le vittime e gli aggressori tendevano a considerare atto di forza legittimo ciò che invece sarebbe stato considerato violenza, se compiuto da un estraneo (Gelles, 1985). In modo parallelo il filone di ricerca “femminista” si focalizza sulla definizione di violenza che è stata data da Lenore Walker (1979): “una donna subisce violenza se viene sottoposta a qualsiasi atto di forza fisica o psicologica compiuto da un uomo al fine di costringerla a fare qualcosa che lui desidera indipendentemente da ogni riguardo per i diritti della donna” (p. 82).

Negli anni Novanta la violenza domestica viene riconosciuta come un problema da combattere a livello mondiale e, come tale, affrontato dalle più importanti organizzazioni internazionali. È del 1993 la dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne, nella quale viene considerata violenza “ogni atto di violenza di genere che provochi o abbia un'alta possibilità di provocare un danno fisico, psicologico, sessuale o una sofferenza per la donna, includendo anche la minaccia di tali atti, la coercizione o un'arbitraria limitazione della libertà, sia che accada in pubblico o nella vita privata”. Le Nazioni Unite parlano della violenza di genere andando a sottolineare che questo fenomeno che è molto esteso vede come vittima la donna; includendo i danni psicologici, ma prende in considerazione anche la violenza che sono gli Stati o le comunità in cui la donna vive a perpetrare e quindi non a ostacolare questo fenomeno. Nel 1996

una risoluzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara la violenza un problema mondiale di sanità pubblica.

In Italia per la definizione di violenza viene utilizzata quella proposta dalla Walker, che è quasi completamente recepita dalle ricercatrici italiane (Stefanizzi,1991; Terragni, 2000; Terragni e Stefanizzi, 1993), che considerano la violenza contro una donna “ogni atto di forza fisica o psicologica compiuta da un uomo al fine di costringerla a fare qualcosa che va contro i suoi spazi fisici e biologici inviolabili” (p. 45).

Nel 2002 la violenza di genere viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “l'uso intenzionale di forza fisica o potere, minacciato o reale, contro sé stessi, un altro individuo, un gruppo o una comunità che provochi, o abbia un'alta probabilità di provocare un danno fisico, la morte, un danno psicologico, uno svilimento o privazione”. Questo tipo di definizione di violenza è esaustiva, flessibile e la meno “attaccabile”. In questo senso la definizione dell'OMS non solo comprende ogni tipo di violenza, senza diventare così onnicomprensiva da perdere significato, ma riesce anche a adattarsi a diversi contesti culturali, cosicché il fenomeno possa essere misurabile e monitorabile in modo uniforme

Le forme principali di violenza sono definite come fisica, sessuale, psicologica, economica e atti persecutori. A queste vengono aggiunti altri tipi di violenza.

1.2.1. Violenza fisica

Il termine violenza fisica comprende atti di aggressione che possono esitare in lesioni con diverso grado di gravità fino alla morte ma che possono anche non causare lesioni o ferite e conseguenze fisiche specifiche (Gelles,1988). Le forme più comuni sono colpire, spingere, strozzare, lanciare oggetti, utilizzare armi o minacciare di farlo; spesso le ferite inflitte vengono celate come incidenti o infortuni (Goodman et al., 1993; Krantz & Garcia-Moreno, 2005). Spesso le ragioni che spingono gli uomini a commettere violenza fisica sono per voler spaventare la donna e/o obbligarla a fare qualcosa contro la sua volontà (Bonura,2016). Gli effetti che si riscontrano dopo aver subito violenza fisica possono anche comportare un impatto grave sulla salute fisica e psicologica, in particolare nella percezione di un cattivo stato di salute, nell'incremento della sintomatologia fisica oltre a un generale aumento nei comportamenti a rischio come sviluppare una dipendenza o non usare precauzioni alla guida (Koss et al., 1991). Una review di Campbell (2002) ha evidenziato inoltre che le conseguenze della violenza fisica possono essere molteplici come dolore cronico, problemi gastrointestinali e ginecologici, depressione e infine disturbo da stress post-traumatico. Oltre a questi c'è anche un'amplificata prevalenza di disturbi dell'alimentazione, emicrania,

ipertensione, e un generale maggior ricorso ai farmaci (Ruiz-Perez et al., 2007; Vives-Cases et al., 2011).

1.2.2. Violenza sessuale

La violenza sessuale comprende ogni atto di natura sessuale imposto con la forza o con la minaccia, e riguarda sia gli atti connessi a una temporanea non capacità della donna di esprimere un consenso, sia le condizioni croniche di soggezione psicologica, sia infine le situazioni nelle quali a un iniziale consenso segue un rifiuto a voler proseguire il rapporto (Bonura, 2016).

La violenza sessuale può essere perpetrata da sconosciuti ma più spesso da familiari e da attuali o precedenti partner, oltre che essere di gruppo (Krantz & Garcia-Moreno, 2005).

La violenza può condurre a consistenti conseguenze sulla salute fisica, psicologica e riproduttiva della donna.

Per quanto riguarda la salute psicologica, le reazioni immediate alla violenza sono sovente caratterizzate da shock, negazione, terrore, confusione, ansia, senso di colpa. Potenziali conseguenze sono anche problemi del sonno e dell'alimentazione. I sintomi tendono a raggiungere il picco circa tre settimane dopo la violenza e a permanere per più di un mese o due (Thomas, 2013). Sintomi a più lungo termine includono ansia, fobie, depressione, e pensieri suicidari e il disturbo da stress post-traumatico, i cui sintomi possono insorgere immediatamente dopo la violenza e persistere anche per più di un anno (Foa, 1993).

1.2.3. Violenza psicologica

La violenza psicologica può assumere diverse forme: da una costante opera di sminuire e umiliare la donna (spesso questo avviene di fronte ai figli), al porre delle restrizioni di tipo economico (si veda anche la violenza economica), al distruggere le proprietà della donna (o minacciare di farlo), all'impedire alla donna di incontrare familiari e amici, all'esercitare un controllo su ogni azione della donna (Krantz & Garcia-Moreno, 2005). La violenza psicologica infine può prendere la forma insidiosa del *gaslighting*, vale a dire una forma di sottile manipolazione cognitiva volta a portare la donna a essere dubbiosa circa le proprie percezioni e sulla correttezza delle proprie convinzioni (Bonura, 2016).

I dati di ricerca sembrano indicare che questa forma di violenza sia quella più diffusa: report UE indicano la prevalenza intorno al 43% (EUAFR, 2014), sia da parte dell'attuale partner ma anche da quelli precedenti.

Contrariamente a quanto emerso in precedenti ricerche, che andavano a stimare la violenza psicologica come meno impattante rispetto alle altre forme (cfr. Lawrence et al., 2009), le recenti

rassegne della letteratura evidenziano come tale tipologia di violenza sia particolarmente perniciosa e in grado di esercitare un effetto destabilizzante sulla salute psicologica delle vittime (Langdon et al., 2014). In particolare, le vittime di violenza psicologica sono state paragonate a prigionieri di guerra, esposte ad una sottocultura violenta che comporta la perdita dell'identità e conseguente difficoltà a uscire dalla relazione (Sackett & Saunders, 1999), con possibile esito in disturbo da stress post-traumatico.

Tuttavia, per quanto riguarda la violenza psicologica risulta particolarmente arduo il compito di definirla. Nella *Conflict Tactics Scale*, in una delle sue versioni allargate, sono presenti domande quali: "Ti insulta? Ti offende? Ha minacciato di picchiarti o lanciato oggetti che ti sono cari?". In questo caso la valutazione dell'esistenza dell'intenzionalità è pressoché impossibile, tuttavia, si è verificato spesso che la violenza psicologica è vissuta dalle donne come quella più dolorosa, così come di lungo termine sono i danni che riportano i minori, vittime di violenza, anche solo alla violenza assistita della propria madre (Hart & Brassard, 1991).

Una casistica degli atteggiamenti tipici nella violenza psicologica è fornita da Follingstad (1991):

- Attacchi verbali come la derisione, l'insulto, svalutazioni continue, pubbliche o private.
- Isolamento, la separazione della donna dalle sue relazioni sociali di supporto o impedimento all'accesso delle risorse economiche.
- Estrema gelosia e possessività, pedinamenti, accuse di infedeltà e controllo costante di spostamenti e amicizie.
- Minacce verbali di abuso, aggressione o tortura dirette alla donna o ai suoi familiari, ad amici o ai figli.
- Minacce continue di abbandono, divorzio o di iniziare altre relazioni.
- Danneggiamento o distruzione di oggetti di proprietà della donna o a cui sia molto legata.
- Minaccia o ferimento di animali domestici.
- La minaccia di suicidio.

Bisogna sottolineare che in merito alla violenza psicologica non si è ancora pervenuti alla formulazione di una scala valida ed attendibile, contrariamente a quanto accaduto per la violenza fisica e sessuale.

La violenza psicologica nasce dal tentativo di manipolazione da parte degli abusanti, è finalizzata infatti ad avere il controllo sulla vittima svalorizzandola, facendole perdere la stima di sé e il senso della realtà, conducendola ad uno stato di paralisi e impotenza (Bruno,1998).

Per rilevare la violenza psicologica Dutton (1995) ha utilizzato la *Psychological Maltreatment of Women Inventory*, dotata di due sotto scale, una per rilevare le tattiche di potere e isolamento, l'altra per l'abuso psicologico.

1.2.4. Violenza economica

La violenza economica riguarda l'impedire alla donna di partecipare alla gestione finanziaria della famiglia, sia che la donna sia lavoratrice sia che non abbia un impiego, così da comportarne la dipendenza nei confronti dell'abusante. Può comportare diversi atti, tra cui non concedere accesso ai conti correnti, richiedere la cessione dell'intero stipendio senza la possibilità per la donna di poterlo amministrare in modo autonomo, impedire l'accesso a delle attività lavorative e/o a opportunità educative e formative per poter migliorare le proprie competenze e infine non condividere le informazioni finanziarie della famiglia. Oltre a questi, la violenza economica può comportare anche l'intestazione di debiti alla donna, il suo coinvolgimento in attività di truffa o che comportano sanzioni, l'obbligo di provvedere alle necessità familiari attingendo esclusivamente dalle proprie finanze. Infine, anche il rifiuto o l'omissione di pagare il mantenimento dei figli rientra in quella che è la violenza economica (Bonura, 2016).

In termini di prevalenza, dati UE stimano la violenza economica intorno al 5% con un ulteriore 13% di donne che l'hanno subita in qualche momento precedente della loro vita (EUAFR, 2014). Come ha evidenziato Fawole (2008), il problema della violenza economica è particolarmente sentito nei Paesi più poveri e in quelli in via di sviluppo, dove lo sfruttamento delle donne causato dalla violenza economica può raggiungere livelli molto elevati e pericolosi e porre le vittime in condizioni di completa dipendenza dall'abusante, fino a estremi nei quali le donne vengono forzate a chiedere l'elemosina. In alcuni Paesi, inoltre, le leggi tradizionali in merito a eredità, diritti di proprietà e uso dei terreni comuni risultano discriminatorie nei confronti delle donne, contribuendo direttamente e indirettamente alla violenza economica.

Infine, la violenza economica può a sua volta essere un fattore causante il traffico sessuale delle donne e lo sfruttamento della prostituzione.

1.2.5. Atti persecutori

Con "atti persecutori" o stalking⁵ si intende la condotta di persecuzione assidua e continuativa nei confronti della vittima, che è costretto a modificare le proprie abitudini di vita come esito della violenza. Con l'adozione della legge cosiddetta "Codice rosso" è stato introdotto il reato di atti persecutori, punito dall'articolo 612-bis del Codice penale, è focalizzato sulla tutela non solo della persona vittima e dei suoi familiari affetti, ma anche e soprattutto della libertà della persona di autodeterminarsi e di godere di tranquillità psichica. Nell'introduzione del reato, è stato anche predisposto lo specifico dispositivo dell'ammonimento, vale a dire la possibilità di segnalare gli atti

⁵ Dall'inglese *to stalk*: "inseguire con insistenza, tamponare; ma anche braccare, perseguitare"

persecutori al Questore, che procederà con un ammonimento verbale a interrompere la condotta persecutoria. In caso la condotta non venga interrotta, l'ammonito potrà andare incontro all'aumento della pena, in caso di processo per stalking.

1.2.6. Altre forme di violenza

Come evidenzia Bonura (2016), esistono diverse altre forme di violenza di genere, alcune delle quali riconosciute a livello di convenzioni internazionali (per esempio Istanbul) o da parte di organismi sovranazionali come l'OMS e l'ONU.

Sono in particolare:

➤ **Mutilazioni genitali femminili:** si tratta di procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altre lesioni ai genitali femminili per motivi non medici. È diffusa in alcuni paesi dell'Africa e del Medio Oriente come pratica tradizionale ed è universalmente riconosciuta come una violazione dei diritti umani. Stando agli ultimi dati, anche in Italia è a rischio di mutilazione una quota tra il 15 e il 24% delle circa 76.000 bambine e ragazze provenienti da paesi nei quali è stata una pratica diffusa.

➤ **Matrimoni forzati:** situazioni nelle quali le donne (e in diversi casi le bambine nel cui caso il matrimonio forzato si interseca con il matrimonio precoce) vengono costrette con pressioni psicologiche, fisiche e culturali a contrarre matrimonio senza che vi sia il loro consenso. I matrimoni forzati e precoci riguardano un numero elevato di bambine e ragazze nel mondo, stimato in 650 milioni a livello globale. I dati relativi al nostro paese stimano un rischio di matrimonio precoce forzato per 2.000 bambine e ragazze.

➤ **Aborto forzato e sterilizzazione forzata:** si tratta di pratiche mediche tese a interrompere la gravidanza da una parte e rendere sterile le donne dall'altra - entrambe in modo coatto e senza il consenso. Nel caso dell'aborto forzato, si tratta spesso di persone in situazione di vulnerabilità o emarginazione. Nel caso della sterilizzazione forzata, questo può avvenire a danno di donne appartenenti a minoranze etniche, come accade alle donne di etnia rom.

➤ **Aborto selettivo:** in alcuni paesi come Cina e India vi è una tradizionale preferenza per i figli maschi, tanto da aver determinato delle pressioni molto forti per interrompere la gravidanza se la donna è in attesa di una bambina. Ciò anche alla luce soprattutto in Cina delle politiche di limitazione delle nascite che sono state avviate dalla fine degli anni 70 per limitare la crescita demografica. Le donne vengono spesso esposte a pressioni sociali molto intense ad opera dei funzionari addetti al controllo delle nascite che possono comportare multe di ingente entità, la perdita del lavoro e perfino l'incarcerazione perché interrompano la gravidanza anche i momenti

molto avanzati (ottavo o addirittura nono mese; Mason, 2011). In questo processo accade che le donne siano costrette ad assistere all'uccisione della bambina e vengono forzatamente sterilizzate⁶. Secondo le stime dal 1970 oggi sarebbero 142 milioni le bambine mai nate come effetto dell'aborto selettivo, delle quali 72 milioni in Cina e 45 milioni in India (Terres des Hommes, 2022).

➤ **Tratta:** secondo la definizione dell'ONU nel Protocollo sulla tratta delle persone, questa riguarda “il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'alloggiamento, o l'accoglienza di persone con la minaccia di ricorrere alla forza, o con l'uso effettivo della forza o di altre forme di coercizione mediante il rapimento, la frode, l'inganno, l'abuso di autorità o una situazione di vulnerabilità o con l'offerta o l'accettazione di pagamento di vantaggio al fine di ottenere il consenso di una persona avente autorità su di un'altra ai fini dello sfruttamento. Lo sfruttamento include, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione, di altre persone, o altre forme di sfruttamento sessuale, lavori o servizi forzati, schiavismo o prassi a finire lo schiavismo, servitù o prelievo di organi”.

➤ **Violenza ostetrica:** come evidenzia Di Lello Finuoli (2022), è una forma di violazione dei diritti delle donne da parte delle professionalità sanitarie in occasione del parto, e negli ultimi anni sta conoscendo un crescente interesse scientifico anche mediatico. Si può estrinsecare sia sottoforma di atti medici non concordati con la donna, arbitrari, potenzialmente lesivi della libertà di autodeterminazione, sia come generali condotte non rispettose della dignità e dei diritti della donna (per esempio ostilità, freddezza, coercizione, svalutazione).

Nel capitolo successivo ci focalizzeremo specificatamente sulle dinamiche che riguardano la violenza domestica agita all'interno delle relazioni intime da parte di partner attuali o passati, ossia il fenomeno meglio conosciuto in letteratura scientifica come *intimate partner violence* (IPV).

⁶ L'aborto forzato di Feng Jianmei in particolare attirò l'attenzione pubblica mondiale sulla violenza dell'aborto selettivo. La giovane incinta di una femmina e madre di un'altra bambina venne multata insieme al marito per una cifra pari a quattro volte lo stipendio annuale. Non potendo pagare la multa, venne rapita, picchiata e costretta ad abortire con un'iniezione. La famiglia di Jianmei diffuse le foto della donna, ritratta stesa nel letto dopo l'aborto e affiancata dalla sua bambina di sette mesi abortita. Le foto conobbero immediatamente ampia diffusione e scatenarono l'opinione pubblica contro la policy cinese di limitazione delle nascite.

Capitolo 2. Intimate partner violence

Secondo la definizione dell'OMS (WHO, 2021), l'IPV è qualsiasi comportamento - da parte dell'attuale o precedenti partner nel contesto del matrimonio, della convivenza o di altra forma di unione - che causa un danno fisico, sessuale o psicologico. Tale violenza può comprendere atti di aggressione fisica come: schiaffeggiare, colpire, calciare e percuotere; atti di aggressione sessuale come rapporti sessuali forzati, forme di coercizione sessuale; violenza psicologica: intimidazione, umiliazione e sminuimento; altri atti controllanti anche noti come controllo coercitivo: isolamento della donna rispetto a familiari e amici, controllo degli spostamenti, impedimento ad accedere a informazioni e servizi, impedimento a svolgere un'attività lavorativa fuori dall'abitazione.

La prevalenza stimata della violenza domestica, nel 2018, era del 27% per le donne di età compresa tra 15 e 49 anni (WHO,2021). Di particolare importanza e di recente interesse scientifico, tra i fattori predisponenti la violenza domestica e la *adolescent dating aggression* (ADA), vale a dire una specifica forma di violenza domestica delle relazioni intime che avviene tra adolescenti nel contesto di un rapporto romantico (Cucci et al., 2020). La letteratura appare attribuire alla presenza dell'ADA un potenziale ruolo di predizione di susseguenti episodi di violenza domestica in età adulta (cfr. Manchikanti Gómez, 2011), attirando l'attenzione sulla necessità di una prevenzione precoce per evitare il consolidarsi a lungo termine di modalità violente di relazionarsi con l'altro genere.

L'IPV perpetrata verso la donna emerge con delle dinamiche tipiche, che ne rendono inizialmente difficile il riconoscimento e che vanno direttamente a impattare il processo di presa di consapevolezza della vittima e il percorso di fuoriuscita dalla violenza. La violenza nelle relazioni intime non emerge infatti dall'inizio delle sue forme più esplicite, gravi e lesive, e quindi facilmente riconoscibili da parte della vittima. Spesso per la donna è difficile a posteriori circoscrivere temporalmente il momento dell'inizio della violenza nella propria relazione. Si tende infatti a scivolare nella violenza, partendo da comportamenti che possiamo chiamare campanelli d'allarme fino a giungere solo successivamente ad aperti attacchi. Spesso quando una vittima inizia a temere di vivere una relazione violenta ha già instaurato con il maltrattante un rapporto significativo e di fiducia, il che la rende meno equipaggiata a riconoscere il pericolo e attivare precocemente strategie di difesa e protezione.

2.1. Le motivazioni alla base dell'IPV

La violenza si può dire che si distingue dal conflitto, in quanto non vede i due soggetti coinvolti in una posizione di parità, ma in una posizione di sproporzione di potere e opportunità. Inoltre, nella violenza, il soggetto in posizione sovraordinata lede in maniera intenzionale la dignità dell'altro, questo è un aspetto che non viene mai messo in discussione nelle dinamiche conflittuali, anche acute, che possono coinvolgere una coppia. In alcune situazioni, tuttavia, ci si può trovare in un'area grigia in cui non sia semplice tracciare una linea di confine tra i due fenomeni. L'aspetto specifico che caratterizza l'IPV in tutte le sue forme in cui si può manifestare e che la differenzia dal conflitto è quella che possiamo definire dinamica della pretesa del controllo (Bonura, 2018). Secondo questa definizione, la pretesa include tutte le rivendicazioni di possesso verso la partner che, in linea con rigidi stereotipi di genere, il maltrattante muove sulla base delle aspettative e privilegi connessi al proprio ruolo di uomo, partner/marito. Il controllo invece è finalizzato ad una verifica continua dell'amore e della dedizione della compagna. Possiamo quindi dire che il controllo diventa coercitivo quando viene agito con un esercizio di potere che è finalizzato a garantire l'adesione della donna alle pretese aspettative del maltrattante (Herman, 1992).

Benché l'aspetto della pretesa e del controllo siano trasversali e ricorrenti, trattandosi di un fenomeno complesso e multifattoriale, non è possibile identificare un unico profilo prototipico di partner violento (Holtzworth-Munroe et al., 2003). Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) in un'ampia rassegna della letteratura, hanno sistematizzato gli studi pubblicati sulla base di alcune dimensioni descrittive della violenza (gravità e frequenza, generalizzabilità della violenza e presenza di disturbi di personalità) sui correlati storico distali (per esempio essere stato vittima di violenza a propria volta nell'infanzia) e prossimali (problemi di dipendenza, attaccamento, abilità sociali) (Novella & Tagliabue, 2016).

Questa sistematizzazione ha portato gli autori a identificare tre tipologie di maltrattanti: la prima tipologia sono i maltrattanti unicamente familiari i quali rappresenterebbero circa la metà dei maltrattanti e comprendono soggetti che hanno problemi nella gestione specifica delle relazioni intime e che possono mantenere un apparente buon funzionamento negli altri contesti. Sono caratterizzati da violenza non grave solo all'interno del contesto familiare e non hanno disturbi conclamati sul piano psicopatologico. Anche per quanto riguarda i fattori di rischio storici e prossimali non presentano livelli significativi.

La seconda tipologia comprende i maltrattanti disforici/borderline; essi rappresenterebbero circa un quarto dei maltrattanti, caratterizzati da livelli di violenza da moderata grave, da disturbo borderline di personalità, è molto frequentemente anche da abuso di sostanze. Si tratta di soggetti caratterizzati da impulsività e instabilità, un'oscillazione continua tra bisogno e rifiuto e tra

idealizzazione e svalutazione della partner. Questi sono estremamente gelosi, carenti sulle competenze relazionali e con un'angoscia abbandonica che può manifestarsi anche attraverso minacce di suicidio di fronte a un possibile separazione della partner. A livello di fattori di rischio gli autori, quindi, ipotizzano che questi soggetti abbiano una storia di abusi ed esperienze di rifiuto nell'infanzia che quindi hanno implicato incapacità anche in età adulta di formare una relazione di attaccamento stabile con la partner.

L'ultima tipologia riguarda i maltrattanti generalmente violenti/ antisociali, questa categoria includerebbe circa un quarto dei maltrattanti caratterizzati tendenzialmente da disturbo antisociale di personalità e problemi di abuso di sostanze. Sono caratterizzati da deficit nelle competenze empatiche e considerano la violenza accettabile, il che aumenta probabilità che agiscano violenza da moderato a grave in tutte le loro relazioni, anche extrafamiliari. Inoltre, mostrano condotte criminali in svariati contesti con frequenza maggiore rispetto ai primi due gruppi. Gli autori ipotizzano che, come per il secondo gruppo, questi soggetti siano stati esposti ad alti livelli di violenza nell'infanzia e abbiano stretto legami con coetanei con condotte devianti. Questa classificazione ha trovato riscontri e supporto anche in studi e ricerche successive (Barros & Serafim, 2008; Cavanaugh & Gelles, 2005; Dixon & Browne, 2003; Emmelkamp & Kamphuis, 2007). Non è da intendersi come una tripartizione rigida, evitando così di cadere in interpretazioni ipersemplicitistiche, ma permette di mettere a fuoco alcune prime fondamentali differenze tra i maltrattanti che possono predirne in modo diverso il comportamento violento e la sua evoluzione nel corso della relazione.

2.2. Le prime fasi di una relazione violenta

Molte donne che sono state vittime di violenza domestica o raccontano come la loro storia è iniziata in maniera quasi idilliaca, descrivendo il partner come amorevole e premuroso, rassicurante ed empatico nelle fasi iniziali della relazione, infatti, il maltrattante tende a porre la donna al centro del proprio mondo ricoprendola di attenzione in un processo che assume i tratti di un vero e proprio bombardamento d'amore o *love bombing* (Hayes – Jeffries, 2016). Questa dinamica come effetto sul comportamento della donna un abbassamento delle difese: il partner sembra quindi degno di fiducia e infatti la fa sentire amata e importante. Sulla scia di tale *love bombing* e dell'abbassamento delle difese della donna, la frequentazione tende a consolidarsi e formalizzarsi molto velocemente. In questa fase, connotata da profonda affettività e serenità, la vittima non immagina che il proprio partner possa in qualche modo farle del male o mettere in atto azioni violente (Bonura, 2018).

Il consolidamento della relazione apre spesso la pista a delle condotte più borderline, che spesso non ancora sono esplicitamente violente, che possiamo definire come campanelli d'allarme (Bonura, 2018). Queste condotte, sintetizzate nella Tabella 1, sono prodromiche, ossia precedono e preparano il terreno, all'emergere della violenza vera e propria e sono finalizzate ad acquisire sempre più potere e controllo sulla vittima, riducendo e indebolendo progressivamente le sue risorse individuali e relazionali al fine di renderla più vulnerabile e, di conseguenza, manipolabile (Baldry, 2016; Hayes & Jeffries, 2016).

<i>Campanelli d'allarme</i>	<i>Spiegazione ed esempi</i>
Atteggiamenti e comportamenti che sottendono una pretesa di esclusività della partner	Il partner può spingere affinché si giunga molto velocemente a una formalizzazione del rapporto. Con un fidanzamento o con l'inizio per esempio di una convivenza. può iniziare a pretendere, in modo più o meno esplicito, che la donna gli dedichi tutto il suo tempo e le sue attenzioni, accantonando altri impegni e relazioni significative con amici e familiari.
Contatti continui alla vittima	Il partner contatta continuamente la donna attraverso chiamate, messaggi, mail o altro. il contenuto di questi messaggi può essere finalizzato al controllo, a ottenere conferme sull'essere al centro dei pensieri della donna, o anche solo a far percepire continuamente la propria presenza. i messaggi potrebbero essere dunque anche solo manifestazioni di amore, ma la loro eccessiva frequenza in un tempo breve, anche quando il partner sa che la donna è occupata in quel momento, possono essere un segnale da valutare con attenzione.
Pretende di essere informato sui suoi spostamenti	Il partner pretende di essere sempre al corrente della posizione, degli spostamenti degli appuntamenti della donna. questa pretesa può essere giustificata con la preoccupazione che alla donna possa accadere qualcosa o trovarsi in una situazione di bisogno. in questo modo il partner potrebbe sempre intervenire tempestivamente. quindi inizialmente questa preoccupazione potrebbe essere

	percepita come un segno di premura, ma quando tali richieste divengono ripetute e sistematiche indicano una situazione di rischio.
Pone la partner al centro del suo mondo, mostrandosi totalmente focalizzato su di lei	il partner può manifestare tale dedizione in svariati modi ad esempio attraverso gesti romantici, con continui messaggi, interrompendo temporaneamente altri rapporti amicali o impegni per passare con la donna tutto il tempo che ha a disposizione, mostrandosi sempre supportivo e a disposizione.
Il partner pretende che la donna gli dedichi la sua attenzione e il suo tempo in modo esclusivo	Così come l'uomo pone la donna al centro del proprio mondo in questa prima fase si focalizza totalmente su di lei, pretende se aspetta che la partner faccia altrettanto. l'uomo può infastidirsi per gli impegni della partner o il tempo che questa può dedicare a frequentare familiari e amici, invece che alla coppia. può inoltre iniziare a logorare i rapporti della partner insinuando dubbi sulla buona fede o benevolenza delle persone che frequenta.
Il partner si mostra eccessivamente geloso	Il partner si preoccupa dell'abbigliamento della donna, sia quando è con lui sia, soprattutto, quando esce da sola. Si irrita quando la donna ha altri appuntamenti, anche con amiche, si informa su quali altri uomini la donna incontra. Si irrigidisce se la donna parla di episodi che coinvolgono altri uomini o ex partner.
L'uomo ha delle rappresentazioni rigide e stereotipate	L'uomo ha delle rappresentazioni rigide e stereotipate della figura femminile che si polarizzano su due estremi: <i>madri-sante</i> e <i>prostitute streghe</i> . In particolare, pone la partner nel primo gruppo esaltando costantemente l'integrità, mentre può parlare in modo fortemente critico di tutte le altre donne, definendole poco serie, inaffidabili, false ecc.
Il partner a scarsa tolleranza alle frustrazioni e cambi d'umore repentini	il partner può cambiare umore molto velocemente e reagire in modo eccessivo e sproporzionato a delle piccole frustrazioni, come per esempio un ritardo della donna

	nel rispondere a una telefonata, un appuntamento mancato per un imprevisto della partner, una frase un comportamento che può mettere in luce l'autonomia della donna.
--	---

Tabella 1: I campanelli di allarme per l'emergere della violenza nelle relazioni intime. (Fonte: Bonura, 2018)

Molteplici di questi comportamenti potrebbero tuttavia non mettere in allerta la vittima in questa fase della relazione, poiché potrebbero essere scambiati come gesti romantici, comportamenti in buona fede guidati dal forte sentimento che il maltrattante dichiara nei suoi confronti. Sia per effetto delle condotte manipolatorie del maltrattante, sia di quello delle aspettative positive che la donna si è costruita nella fase di *love bombing* circa la propria relazione questi comportamenti vengono inizialmente detti in maniera distorta. Tale distorsione ha un effetto difensivo per la vittima e permette di non mettere inizialmente in discussione la relazione in cui si sono investite importanti aspettative e risorse emotive. Ne consegue un ribaltamento di prospettiva per cui queste azioni possono rappresentare dunque agli occhi della vittima ulteriori prove dell'amore del partner e dell'importanza della loro relazione.

2.3. Il ciclo della violenza

Uno dei modelli che spiegano lo sviluppo dell'IPV più conosciuto e accettato nella letteratura è il ciclo della violenza proposto da Lenore Walker nel 1979. Questo modello deriva dal lavoro pionieristico della ricercatrice che, sulla base di oltre 120 interviste a donne vittime di violenza domestica ha individuato nelle loro storie un pattern ricorrente riguardo alla violenza graduale e ricorrente. Tutt'ora questa cornice teorica rappresenta il principale framework di riferimento nel lavoro operativo dei Centri Antiviolenza che appunto va a sostegno delle donne vittime di violenza domestica. Il modello proposto è un modello ciclico che permette di andare a mettere a fuoco l'andamento non lineare dell'IPV e come questo possa condurre le vittime a una condizione di impotenza appresa, imbrigliandole anche per molti anni in una storia di violenza cronica.

In particolare, la Walker identifica tre fasi principali nel dispiegarsi della spirale della violenza: la fase di accumulo della tensione, la fase dell'esplosione, violenza acuta, o dell'attacco e, infine, la fase di pentimento e riavvicinamento. Questo modello sembrerebbe avere una portata globale, infatti nonostante le differenze culturali riscontrabili tra vari paesi, la modalità con cui viene agita la violenza all'interno di una relazione intima è in larga parte riconducibile a tale spirale della violenza (Baldry, 2016).

La prima fase del ciclo della violenza è caratterizzata da un crescente livello di tensione nella relazione, in cui il partner violento mette in atto comportamenti ostili e assume atteggiamenti controllanti nei confronti della vittima (Baldry, 2016). Per esempio, il partner può diventare verbalmente offensivo, mostrarsi esigente, infastidito o insoddisfatto rispetto al comportamento della partner. Per tale motivo, una dinamica tipica consiste nella colpevolizzazione della partner, al cui comportamento inadeguato o provocatorio viene rimandata la causa dei comportamenti ostili del maltrattante. Un'altra possibilità consiste nell'attribuzione della causa di tale tensione a fattori stressogeni esterni, come problematiche lavorative e finanziarie, che, sebbene possano effettivamente influenzare la condotta del maltrattante agendo come fattori di rischio, non hanno con tale accumulo della tensione una relazione di causalità lineare. In questa fase la violenza non è ancora direttamente visibile, ma è chiaramente percepibile dalle partner che riportano spesso di sentirsi umiliate, trattate ingiustamente e spaventate.

A tale accumulo di tensione la partner può reagire con strategie sul piano sia cognitivo sia comportamentale. Sul piano cognitivo, la partner può interpretare questi comportamenti adducendo anch'essa la causa fattori stressogeni esterni. Questo permetterebbe di interpretare la situazione come temporanea e transitoria, non ascrivibile a caratteristiche interne del proprio partner, in un processo di distorsione che permette alla donna di placare le reazioni emotive negative che ne deriverebbero. Sul piano comportamentale invece, le donne riportano un elevato auto monitoraggio e adattamento del proprio comportamento sulle aspettative del partner. Poiché la sensazione condivisa dalle donne è quella di camminare sulle uova e poter cadere in fallo a ogni passo falso, provocando la reazione del maltrattante, diventano particolarmente attente e premurose nei confronti del compagno, evitando attivamente comportamenti che potrebbero essere non graditi. Questa strategia comportamentale di accondiscendenza può, in modo tuttavia illusorio, dare alla vittima la sensazione di poter tenere la situazione sotto controllo ed evitare prevenire l'esplosione.

La seconda fase, quella della violenza acuta, attacco o esplosione, è caratterizzata dalla liberazione della tensione accumulata durante tutta la fase precedente, dalla mancanza di controllo e dalla maggiore distruttività. L'innescò di questa esplosione può essere rappresentato dalle circostanze più disparate, ma spesso si tratta di eventi che, secondo il punto di vista del maltrattante, vanno a rappresentare un segno di autonomia psicologica della donna (Bonura, 2018; Fonagy, 1999). Può trattarsi per esempio di un silenzio laddove il maltrattante si aspetti una rassicurazione dalla partner, il telefono momentaneamente irraggiungibile, un abito o un'acconciatura indossati dalla partner su cui lui non aveva espresso alcun apprezzamento. Qualsiasi evento o gesto, che possano sottolineare

l'autonomia della partner, può andare a mettere a rischio il senso di controllo e possesso del maltrattante, rappresentando la goccia che fa traboccare il vaso.

Si tratta della fase temporaneamente più breve e circoscritta, ma allo stesso tempo più pericolosa per la salute psicofisica della vittima e nel caso della presenza dei figli anche loro sono sottoposti a questo pericolo (Baldry, 2016). Tale fase dura circa dalle due alle ventiquattro ore, ma alcune donne riportano come essa possa anche durare per una settimana (Walker, 1979). Qui la violenza emerge in modo esplicito, e può declinarsi in diversi modi: come violenza verbale, fisica, minacce, danneggiamento di oggetti e violenza sessuale (Bonura, 2018). Questa violenza acuta e la mancanza di prevedibilità che la caratterizza, porta spesso la donna ad attivare in questa fase dei comportamenti per proteggere sé stessa e i figli presenti, che possono concretizzarsi per esempio in tentativi di calmare il partner e placare la violenza, richieste di aiuto, fughe temporanee, contatti e richieste di aiuto a Centri antiviolenza o alle forze dell'Ordine (Baldry, 2016; Bruno, 2003).

Durante la terza fase, quella del pentimento, l'aggressore realizza le possibili conseguenze che i suoi agiti violenti possano provocare sulla tenuta della relazione sul mantenimento del controllo sulla vittima. Il maltrattante quindi per non perdere la donna può scusarsi, avanzare promesse giustificazioni strumentali a scongiurare una possibile separazione. In questa fase il maltrattante può proporre anche una negazione della responsabilità, sostenendo di aver perso il controllo o attribuendo l'esplosione a fattori stressanti esterni o al comportamento stesso della donna, in quanto provocatorio, facendo in modo che la colpa ricada sulla donna. Così facendo l'aggressore tenta di distaccarsi dall'immagine violenta che ha di sé, proiettando la causa del suo comportamento all'esterno (Baldry, 2016). In questa fase il partner violento avanza spesso promesse di cambiamento e diviene particolarmente premuroso, attento e accudente. Questa è una fase di variabile durata, può ricordare alla donna la fase idilliaca di *love bombing* vissuta nelle prime fasi della relazione, al punto da essere spesso definita come una seconda luna di miele. In questo modo la vittima intravede la possibilità di rimanere all'interno della relazione (Walker, 1979) e può interrompere le strategie di protezione eventualmente attivate nella fase di esplosione precedente, con la speranza che tale situazione non si ripresenti in futuro. Il perdono e la disponibilità al cambiamento innescano dunque la fase di riavvicinamento, che però, non è duratura ed è strumentale successivamente a comportamenti indicatori di autonomia e individualità della donna che potranno portare al riavvio del ciclo e a una nuova fase di accumulo di tensione. Possiamo quindi dire che i meccanismi della violenza sono così caratterizzate da queste false riappacificazioni ossia da falsi pentimenti attraverso, per esempio, l'uso di regali o promesse. Questa fase spinge la vittima a credere che il compagno violento sia davvero cambiato, ma in realtà si andrà a trattare di

un ulteriore meccanismo di controllo che il maltrattante attua nei suoi confronti, infierendo sul suo livello di autostima e considerazione di sé (Baldry, 2002).

Il ciclo della violenza può richiedere un tempo molto variabile per compiersi e riavviarsi ed è molto complesso se non impossibile, stimare una durata media delle singole fasi che lo compongono. Walker (1979) sottolinea tuttavia che tale ciclo è caratterizzato da un'escalation in termine sia di frequenza sia di gravità. Per quanto riguarda la frequenza, il tempo necessario al ciclo per compiersi tende a ridursi a mano a mano che i cicli si susseguono. Il tempo, dunque, tra un'esplosione e quella successiva si contrae e queste diventano più frequenti nel procedere della relazione. L'escalation caratterizza il ciclo della violenza anche in termini di gravità: le violenze agite contro la vittima nelle esplosioni successive tendono a essere più gravi come tipologia di violenza e intensità rispetto a quelle che le hanno precedute. In questo senso il ciclo può essere inteso anche come una spirale che stringe via via la donna in una morsa di violenza crescente e senza apparente via di fuga. Quindi, è costretta a rimanere in quella situazione di disagio.

2.4. Le conseguenze psicofisiche della violenza domestica

L'IPV rappresenta un vero e proprio problema di salute pubblica a livello internazionale a causa della sua alta prevalenza e diffusione e delle sue ampie e gravi conseguenze sulla salute delle donne. Un'indagine a livello europeo (FRA, 2014) conferma, inoltre, che l'IPV ha maggiori effetti sulla salute e sulla vita delle donne rispetto a ogni altra forma di violenza. Infatti, l'IPV è emersa avere conseguenze più gravi e impattanti, soprattutto sulla dimensione psicologica, rispetto ad altre forme di violenza non agite all'interno di una relazione di coppia attuale o precedente. La letteratura scientifica internazionale sull'impatto dell'IPV sulle donne evidenzia una vasta gamma di conseguenze fisiche, psicologiche, sessuali sia a breve sia a lungo termine. Studiare in modo scientifico i singoli diretti effetti dell'IPV è particolarmente complesso se teniamo in considerazione il quadro d'insieme in cui i vari esiti in termini di salute psicofisica si possono influenzare reciprocamente. Come sottolineato dall'organizzazione mondiale della sanità, (García-Moreno et al., 2013) possiamo individuare percorsi diretti e indiretti, attraverso i quali l'IPV può condurre a molteplici problemi di salute, morbilità e mortalità. Infatti, le aggressioni possono causare direttamente lesioni e distress post traumatico, ma possono avere un impatto sulla salute anche in modo indiretto, mediato da altri processi fisiologici e comportamentali. Un ruolo importante in questa dinamica è giocato dallo stress, infatti, anche quando la violenza non implica un'immediata e visibile lesione, agisce come un potente agente stressogeno, capace di mettere sotto pressione il funzionamento dell'intero organismo femminile (Reale, 2021). La letteratura riporta evidenze scientifiche circa l'impatto dello stress acuto o cronico da IPV sul funzionamento neurale,

neuroendocrino e immunitario, che, a loro volta, possono portare a malattie cardiovascolari, ipertensione, disturbi gastrointestinali, dolore cronico, o esacerbare lo sviluppo di altre patologie, come infezioni virali e cancro (Black,2011; Howard et al., 2010; lui et al.,2020). Per esempio, Walker et al. (2011) hanno investigato le conseguenze dell'IPV sullo sviluppo di disturbi del sonno, i quali hanno ricevuto ancora poca attenzione in questo ambito, nonostante la loro influenza sullo stato di salute generale della persona. L'esperienza di violenza può danneggiare la salute delle donne anche promuovendo l'adozione di comportamenti a rischio, in modo sia diretto sia indiretto. Per esempio, il maltrattante può costringere la partner all'uso di sostanze da lui stesso fornite come ulteriore modalità per accrescere la dipendenza e la vulnerabilità della donna aumentando di conseguenza le sue possibilità di controllo (Phillips et al., 2020). Oppure, in modo indiretto l'IPV può promuovere l'assunzione o l'abuso di droghe, alcol o farmaci come possibili strategie per andare a cercare di gestire i sintomi post traumatici generati dalla violenza stessa che quindi generano stress (Black-Breiding, 2008; Campbell, 2002; Ellsberg et al., 2008; Odgen et al., 2022). Possiamo andare a identificare molteplici conseguenze dirette e indirette che a cascata si influenzano reciprocamente, aumentando il rischio di conseguenze di salute a lungo termine e, nei casi più gravi, condurre a disabilità o morte. Oltre ai traumi fisici e alla sintomatologia psicologica, l'OMS mette in evidenza tra gli impatti anche la riduzione della libertà nella ricerca di adeguata assistenza sanitaria. Questo quindi ci fa capire come gli operatori sanitari devono essere adeguatamente formati sull'associazione tra IPV e cattiva salute delle donne per poter intercettare le situazioni a rischio e fornire una risposta adeguata (García-Moreno et al., 2013).

Un altro aspetto importante da considerare è il possibile esito mortale dell'IPV non per mano del maltrattante, ma per suicidio. Infatti, lo studio multicentrico condotto dall'OMS in 13 Paesi coinvolgendo più di 20.000 donne tra i 15 e i 49 anni ha rilevato un range di prevalenza dei tentativi di suicidio incluso tra lo 0.8 e il 12% identificando l'IPV come il più forte predittore, seguito da violenza fisica subita da un non partner (Devries et al., 2011; 2013).

Da quando è stata descritta per la prima volta la sindrome della donna maltrattata nel 1975, gli studi centrati sull'impatto della violenza sul benessere fisico delle vittime sono progressivamente aumentati, andando ad inquadrare il fenomeno anche come un problema medico, oltre che psicologico e sociale (Costello & Greenwald, 2022). Un rapporto fornito dal *Center for Disease Control and Prevention* ha dimostrato che il femminicidio rappresenta la quinta principale causa di morte per le donne tra i 18 e i 44 anni, e più della metà dei casi è commesso da partner attuali o precedenti delle vittime. Nello stesso rapporto l'etnia è emersa come un fattore di rischio, con le donne afroamericane che riportano il più alto tasso di femminicidi. Però, sono necessari una sistematica raccolta di dati a livello internazionale e ulteriori ricerche per stimare in modo più

preciso la proporzione globale di decessi femminili correlati alla violenza domestica, i quali dovrebbero tenere conto anche dei suicidi, più difficili da mappare in modo opportuno rispetto ai femminicidi. L'IPV rappresenta anche una delle più comuni cause di lesioni e trauma cranici (Colantonio & Valera, 2022). Basti pensare che il numero di donne che ha subito un trauma cranico in seguito a un'aggressione è stato stimato essere superiore a quello del personale militare e degli atleti con lesioni analoghe sommati insieme (Lifshitz et al., 2019). È stato anche stimato che circa il 25% dei traumi cranici complessivi sia esito di un attacco violento (Linton, 2015). Se vogliamo andare a considerare tali dati insieme alle stime della percentuale di donne che accedono ai servizi sanitari a causa dell'IPV, emerge come primario un adeguato screening nei pronto soccorso per identificare le vittime e favorire un intervento di protezione precoce, questa modalità di azione potrebbe aiutare queste donne ad essere protette e rimandate ad un percorso di fuoriuscita dalla violenza (Kendall et al., 2009).

Bisognerebbe considerare più ad ampio raggio le conseguenze a carico della salute fisica Campbell (2002) sottolinea che l'IPV ha conseguenze a lungo termine che possono quindi durare nel tempo anche dopo che questa è cessata. Queste possono andare a manifestarsi come cattive condizioni di salute, scarsa qualità di vita e accresciuto ricorso ai servizi sanitari. In modo specifico, Campbell (2002) nella sua revisione della letteratura ha identificato lesioni o morte, dolore cronico, problemi gastrointestinali e ginecologici, depressione, disturbo post traumatico da stress, ansia e disturbi del sonno. Altri autori invece hanno sottolineato come spesso le donne che subiscono o hanno subito violenza riportano un grande numero di sintomi vaghi e aspecifici, come crampi allo stomaco affaticamento tachicardia che non sono quindi facilmente inquadrati in una specifica categoria diagnostica e di conseguenza sono difficili da trattare dal punto di vista medico per aiutare le donne a stare meglio (Woods et al., 2008). Se consideriamo la violenza sessuale, i problemi ginecologici rappresentano la maggior parte degli esiti fisici delle violenze e le problematiche che maggiormente permettono di discriminare tra donne vittimizzate e non vittimizzate. Queste conseguenze includono: sanguinamento vaginale, dolore pelvico cronico e infezioni del tratto urinario (Campbell, 2002; Cha et al., 2023; Renzetti, 2013). Quando la violenza sessuale assume forme di controllo come il rifiuto a usare metodi contraccettivi le conseguenze includono anche malattie sessualmente trasmissibili e gravidanze indesiderate (Maman et al., 2000).

La violenza possiamo quindi dire che ha un impatto sulla salute fisica in quanto, aiuta l'insorgere di disturbi psicosomatici o disturbi cronici. Infatti, l'esposizione alla violenza genera uno stato di costante allerta che perdura nel tempo con un impatto negativo a livello neurofisiologico e un conseguente aumento del rilascio degli ormoni dello stress. Il principale ormone dello stress studiato in letteratura è il cortisolo ed è comprovato che un incrementato e perdurante rilascio di

tale ormone è un effetto neurotossico sull'organismo, che va ad alterare anche la normale funzionalità del sistema immunitario e aumenta la vulnerabilità dell'organismo a infezioni e malattie autoimmuni. Il cortisolo in condizioni normali ha un importante ruolo adattivo permettendo al soggetto di reagire in modo efficace a una minaccia puntuale. Tuttavia, l'IPV si caratterizza spesso come uno stress cronico e in presenza di una minaccia costante si assiste ad un'alterazione, disregolazione della risposta dell'organismo in situazioni di pericolo (van der Kolk, 2015).

Bonura (2018) sottolinea come le compromissioni dello Stato di salute della donna oltre a essere conseguenze dirette e/o indirette della violenza, contribuiscono a loro volta a far sì che la violenza si mantenga e perduri nel tempo. Queste conseguenze psicofisiche comportano la perdita di risorse ed energie. A livello emotivo, è ampiamente diffuso tra le vittime di IPV un danno dell'autostima. Infatti, molto spesso queste donne riportano di sentirsi in colpa e vergognarsi per essere state maltrattate e aver subito violenza senza riuscire a trovare una via di fuga (Lindgren & Renck, 2008). Tali vissuti, oltre a essere una conseguenza della violenza, possono contribuire a ridurre le probabilità di adottare misure efficaci per interrompere la relazione abusante (Bonura, 2018; Clements & Sawhney, 2000). Inoltre, può verificarsi un danno all'autostima anche in seguito a vittimizzazione secondaria, quando il comportamento dei professionisti colpevolizza la vittima per non avere impedito l'abuso (Eddleston et al., 1998).

Per quanto riguarda le conseguenze negative sulla salute psicologica una delle prime principali metanalisi sul tema condotta da Golding (1999) ha calcolato tra le sopravvissute a IPV una prevalenza di depressione e disturbo post traumatico da stress (PTSD) rispettivamente del 47,6 e 63,8%. Inoltre, l'autore riporta che circa il 18,5% delle vittime ha problemi di abuso di alcol e 8,9% di abuso di droghe. In linea con questi risultati la successiva revisione sistematica di Campbell (2002) è riuscita ad individuare depressione e PTSD come i più diffusi disturbi psicologici correlati a IPV. Inoltre, questi due disturbi presentavano in questa popolazione di donne un'elevata comorbilità, infatti, più del 40% delle donne che avevano sviluppato PTSD in seguito agli attacchi violenti soffriva anche di depressione maggiore, e la gravità dei sintomi dei due disturbi era fortemente correlata (Stein – Kennedy, 2001). Lo studio condotto da Leiner et al. (2008) su una popolazione di donne afroamericane ha confermato, tali risultati mostrando anche che i sintomi post traumatici e depressivi agivano anche come mediatori nella relazione tra IPV e ideazione suicidaria. La violenza nelle relazioni intime è emersa come uno dei più forti predittori di pensieri suicidari e tentativi di suicidio. Tuttavia, questa associazione è stata ampiamente studiata con disegni di ricerca cross-sectional o trasversali, i quali non permettono di identificare relazioni causali e relative direzioni. Possiamo quindi prendere come vero che l'IPV sia in modo causale legato ad una successiva depressione che si può verificare e al comportamento suicidario che può

emergere. Ma, sulla base degli studi trasversali in base ai risultati non si può escludere che la depressione e/o i tentativi di suicidi aumentino il rischio di subire in un secondo tempo l'IPV, o che, ancora, ci siano altre cause comuni a IPV, depressione e tentativi di suicidio.

2.5. Trattamento della sintomatologia post-traumatica nei casi di violenza domestica

L'esposizione alla violenza domestica e alla violenza assistita ha un'alta probabilità di andare a produrre una reazione post-traumatica patologica e che va ad invalidare la persona, sia nelle vittime stesse, sia nelle figlie e nei figli nel caso di violenza domestica.

Una reazione traumatica dal punto di vista psicologico può essere definita come una risposta individuale a un evento stressante estremo, che influenza negativamente lo stato di salute psicologico e/o fisico.

Questa situazione può andare a suscitare sentimenti che possono essere altamente dolorosi e angoscianti, tali da sovrastare le capacità della persona per risolvere, lasciandola con un senso di impotenza. Le persone possono essere colpite direttamente dall'evento che provoca il trauma, possono essere testimoni dell'evento traumatico, o possono venire a conoscenza di un evento traumatico capitato a un familiare o a un amico stretto. In tutti questi casi, purtroppo, è possibile instaurarsi di una reazione post-traumatica patologica.

Per le donne che sono vittime di violenza di genere, la conseguenza psicologica che è più frequente e rilevante è il DSPT, che raggiunge prevalenze oltre il 60% dei casi (Golding, 1999; Jones et al., 2001).

Luberti e Grappolini (2021) evidenziano come nel contesto della violenza domestica, ad essere messe a rischio, in primo luogo, anche a causa delle reazioni post-traumatiche sono le capacità di rispondere emotivamente in maniera adeguata alle necessità dei figli e di avere un maggiore riguardo nei confronti di essi. Questo appare in maniera evidente soprattutto quando il maltrattante, mette in atto azioni di violenza nei confronti della madre di fronte ai figli. Tale danno non cessa di esistere ma anzi perdura nel tempo in quanto le donne rimangono segnate dalla paura e dalla continua allerta per possibili atti di violenza. A queste problematiche si aggiungono anche il problema dell'isolamento sociale che le vittime di violenza incontrano, oltre alle possibili battaglie legali che gli autori di violenza instaurano per la custodia dei figli, utilizzando pretesti come l'alienazione parentale.

Le donne vittime di violenza domestica, soprattutto se prese in carico in una residenza protetta, evidenziano peggiori sintomi post-traumatici (Jones et al., 2001) e soprattutto corrono il rischio di aver sperimentato più e più volte l'esperienza della perdita delle risorse. Si tratta di un circolo vizioso in cui c'è una correlazione bidirezionale tra la perdita delle risorse e i sintomi del DSPT.

Per questa ragione, un primo obiettivo trattamentale, dovrebbe essere quello della stabilizzazione dei sintomi post-traumatici, così da poter mettere un freno alla dinamica della perdita delle risorse (Johnson & Zlotnick, 2009).

Un problema di grande rilevanza appare quello della capacità delle donne vittime di violenza domestica di poter in modo effettivo andare ad utilizzare le risorse a loro disposizione nei centri antiviolenza: come mostrano Perez et al. (2012), l'elemento cruciale è l'intensità dei sintomi del DSPT mette le donne nella condizione di non poter utilizzare in modo efficace le risorse e quindi le pone in una situazione di difficoltà sia per loro che per i figli. Questo soprattutto a causa della perdita materiale di diverse risorse tangibili, come per esempio quelle monetarie, il domicilio e la rete di supporto. Per fare in modo che le donne utilizzino le risorse messe a disposizione del centro antiviolenza in modo tangibile per poter uscire dal percorso della violenza, le vittime devono essere pazientemente portate a recuperare un più alto di livello di funzionamento, soprattutto se, sono sofferenti di un DSPT (Johnson et al., 2008).

Per questa ragione non è sufficiente la sola predisposizione di risorse materiali a favore delle donne, ma bisogna fare anche interventi per migliorare la qualità dell'empowerment, cioè migliorare la valutazione positiva delle donne e quindi anche percepire se stessi come una persona, gestire le situazioni di distress, di essere consapevoli del proprio ruolo e genere, di esprimere una capacità di efficacia e di problem solving, di poter gestire l'accesso a differenti risorse di tipo economico, sociale e comunitario.

Un altro aspetto fondamentale è quello di prendere per tempo e con tempestività i sintomi post-traumatici non appena vengono identificati. Una review di Elkhart et al. (2013) si è occupata di tracciare delle linee guida in merito alla presa in carico delle donne vittime di violenza domestica, analizzando 31 studi internazionali di efficacia estratti da una popolazione di oltre 1600 articoli pubblicati dal 1990 in poi. La prima review della letteratura sul tema mai pubblicato aveva evidenziato come la presa in carico soprattutto di gruppo delle vittime secondo criteri basati sull'evidenza fosse efficace nel potenziare alcune variabili come l'autostima (Abel, 2000). Tuttavia, le prime ricerche menzionate nella review non avevano portato a risultati conclusivi in merito all'efficacia complessiva degli interventi, mentre si erano evidenziati allo stesso tempo molti limiti di metodo legati alla carenza dei gruppi di controllo, scarsa preparazione specifica del personale scarsa numerosità complessiva dei campioni e infine scarsa chiarezza del paradigma di presa in carico utilizzato (Abel, 2000).

A partire da queste limitazioni, la review di Eckhardt et al. (2013) ha evidenziato una serie di percorsi trattamentali che appaiono caratterizzati da criteri di validità empirica e che possono essere utilizzati per la presa in carico le vittime soprattutto in presenza di sintomatologia post traumatica.

Abbiamo due principali percorsi trattamentali. Il primo che vediamo sono gli interventi brevi, si tratta di un gruppo di interventi che prevedono un incontro di tre ore o meno con la vittima, spesso in un contesto medico o legale. Il focus di questi interventi brevi è quello di informare sui percorsi di fuoriuscita che sono presenti e anche percorsi di protezione. In alcuni casi, l'intervento breve può prevedere tecniche di scrittura espressiva, oppure di rilassamento con tecniche di respirazione. In termini di efficacia possiamo dire che la review evidenzia risultati ambigui, con una moderata utilità delle informazioni per i percorsi di uscita dalla violenza, ma nessun dato per quanto riguarda l'efficacia per la sintomatologia post traumatica.

Infine, vediamo gli interventi specifici sulle vittime, in questa ampia tipologia di interventi abbiamo il counseling alle vittime, la psicoterapia e i programmi di sostegno e assistenza, effettuati in contesti come centri antiviolenza, rifugi per donne e figli, centri non residenziali di assistenza, gli ospedali e infine i contesti domestici. La maggior parte degli interventi di tipo terapeutico presi in esame riguarda l'approccio cognitivo comportamentale (CBT), in alcuni casi con specifici moduli per la presa in carico dei disturbi post-traumatici (cfr. Kubany et al., 2004; Johnson et al., 2011).

L'approccio *Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD* (CTT-BW) proposto da Kubany et al. (2004) prevede un numero di sedute di trattamento individuale comprese tra 8 e 11, queste sedute hanno una durata di circa un'ora mezza l'una e sono focalizzate su diversi obiettivi in base al percorso intrapreso dalla persona presa in carico. Il trattamento viene svolto in un contesto comunitario, dunque, non in fase di presa in carico nel centro antiviolenza. Questo approccio prevede una prima seduta specificatamente orientata alla creazione del rapporto trattamentale e, quindi, ha una relazione fiducia tra clinico e paziente. Le sedute comprese tra la seconda e la quarta sono dedicate ad una specifica ricostruzione di quelli che sono gli eventi traumatici che sono stati vissuti, e ad introdurre l'approccio CBT di esposizione progressiva all'evento traumatico sempre sotto supervisione clinica del terapeuta, oltre a specifiche sessioni di psicoeducazione che sono centrate su costrutti nodali della violenza domestica come l'impotenza appresa e il management dello stress. Poi nelle sessioni comprese tra la quinta e la settima/ottava viene preso in carico il tema del senso di colpa collegato al trauma vissuto facendo degli esercizi semi-strutturati che sono tesi a correggere le distorsioni cognitive che sostengono il vissuto di colpa nelle sopravvissute alla violenza domestica. Nelle sedute tra l'ottava/nona e l'undicesima infine vengono sostenute le competenze di advocacy e di empowerment delle donne con riferimento anche alle capacità di espressione assertiva e aggressiva.

Allora un secondo intervento sempre orientato sui paradigmi dell'approccio cognitivo comportamentale ma indirizzato alle donne in contesto di rifugio è quello di Johnson et al. (2011), chiamato *Helping to Overcome PTSD through Empowerment* (HOPE). Questo trattamento prevede 12

sessioni da effettuarsi in massimo 8 settimane nel contesto di una presa in carico residenziale presso uno shelter o un centro anti violenza. Queste sessioni possono essere erogate con un regime e durano circa un'ora e mezza. La struttura delle sessioni terapeutiche è sempre la medesima e che prevede quattro capisaldi: l'accoglienza e la revisione sui progressi fatti, la programmazione delle attività della seduta, una discussione specifica di informazioni legate alla sessione in corso, ed infine la chiusura e l'esplicitazione degli obiettivi per la sessione successiva. Allo stesso modo è prevista una gerarchia di obiettivi che agisce da linea guida per il progresso nel trattamento: al primo posto troviamo gli obiettivi correlati con eventuali rischi immediati dal punto di vista fisico ed emotivo; al secondo posto i sintomi del DSPT che interferiscono con il raggiungimento degli obiettivi generali di presa in carico nel centro anti violenza e che impattano sulla qualità della vita; al terzo posto infine troviamo gli obiettivi legati alla futura vita al di fuori dello shelter o del centro anti violenza. Nel corso di questo trattamento, alle partecipanti viene fornita una sorta di "cassetta degli attrezzi" ed essa comprende l'acquisizione di specifiche strategie di coping che sono legate a domini fondamentali per un buon adattamento e per il superamento degli effetti negativi che sono determinati dai sintomi post-traumatici. Quindi bisognerà stabilire e mantenere un senso di sicurezza e di empowerment, ovvero il processo di agentività. Inoltre, è fondamentale la gestione dei sintomi e il miglioramento delle relazioni sociali.

Nei termini di svolgimento della presa in carico, nelle prime 5 sedute c'è una focalizzazione psicoeducativa sui temi della violenza interpersonale, il DSPT, la cura del senso di sicurezza e l'empowerment. Invece le sessioni successive introducono elementi di trattamento CBT che sono specificatamente orientati verso la gestione dei sintomi post-traumatici. Entrambe le proposte trattamentali che sono state presentate evidenziano dei buoni livelli di efficacia che sono stati misurati tramite la *Randomized Clinical Trials* (RCT) e quindi risultano in grado di ridurre in modo significativo l'impatto dei sintomi e di andare a diminuire le diagnosi di DSPT.

Oltre a questo, risultano efficaci anche sui sintomi che sono depressivi e sulle distorsioni cognitive trauma- relate. I risultati appaiono anche piuttosto stabili nel tempo, considerato che follow up a sei mesi mostravano una buona tenuta dei miglioramenti ottenuti.

Infine, possiamo dire che la presa in carico della sintomatologia post-traumatica derivante da pregresse esperienze sfavorevoli precoci può essere efficace per poter andare a ridurre a sua volta il rischio di future vittimizazioni di genere e in particolare il rischio di subire violenza domestica. L'approccio *trauma informed care* (TIC) prevede dei capisaldi di presa in carico sui quali opportuno che ci si orienti ogni intervento legato alla violenza di genere. Questo approccio prevede che, affinché possa dirsi realmente responsivo per la sintomatologia post-traumatica, ci siano delle linee guida cui uniformarsi e che sono state proposte inizialmente da Harris e Falloot (2001; 2001) e

l'obiettivo era di evitare la traumatizzazione secondaria nella presa in carico. queste indicazioni in particolare riguardavano la necessità di effettuare uno screening che fosse trasversale delle persone prese in carico per evidenziare dei pregressi traumatici, la necessità quindi di andare a favorire nell'immediato un senso che fosse di sicurezza fisica ed emotiva, e il formare in modo specifico tutto il personale sulla natura e sugli effetti della traumatizzazione durante il ciclo di vita (Harris & Fallo, 2001). Durante gli anni, le linee guida si sono evolute e perfezionate e le ultime sono state diramate dal US Department of Health and Human Services (2014), in particolare, comprendono le seguenti indicazioni per la presa in carico: stabilire un ambiente sicuro quindi che le vittime che vengono prese in carico sia che siano adulti o bambini, possano percepire un senso di sicurezza nelle strutture in cui si trovano ma soprattutto nelle interazioni con il personale e i professionisti; favorire la trasparenza e il senso di fiducia ovvero le decisioni in merito alla presa in carica devono essere orientate alla massima trasparenza e a consentire che tra l'equipe e i destinatari dell'intervento si stabilisca il più alto livello di fiducia; favorire il mutuo aiuto e il peer support cioè che durante il processo di presa in carico si deve fare in modo di favorire per quanto sia possibile il contatto tra destinatari dell'intervento e le persone che hanno già vissuto le medesime esperienze traumatiche, le quali sono stati in grado di superare le conseguenze acute, stazione ha l'obiettivo di poter ristabilire nei destinatari dell'intervento un senso di speranza, di sostenere la fiducia nell'intervento, ed andare ad utilizzare storie di vita vissuta per favorire il superamento del trauma; senso di collaborazione e reciprocità significa che bisogna favorire un approccio più orizzontale e collaborativo tra lo staff e i destinatari dell'intervento, come testimonianza del fatto che la riparazione del trauma viene anche e soprattutto attraverso la relazione e la possibilità che ciascuno degli attori in gioco abbia un ruolo nel processo di guarigione; favorire l'empowerment quindi far sentire la propria voce e la possibilità di scegliere, è importante che durante la presa in carico sia possibile riconoscere e poter valorizzare le competenze e le risorse di ognuno e ognuna, credendo nelle risorse di resilienza delle persone cercando di favorire le loro possibilità di agency e di autodeterminazione; aspetti culturali storici e di genere è importante che durante la presa in carico si eviti di andare a riprodurre stereotipi culturali, di provenienza storica ma in particolar modo quelli di genere.

2.6. Donne che si prendono cura delle donne; l'ascolto e l'accoglienza nei Centri Antiviolenza

Come abbiamo visto precedentemente, la violenza domestica è un fenomeno multifattoriale e che implica conseguenze gravi e diversificate su più dimensioni. Per sostenere la donna nel complesso e non lineare percorso di interruzione della violenza rispondendo ai suoi molteplici bisogni sono

necessarie azioni multidisciplinari, sinergiche coordinate di più attori. Quindi al fine di evitare degli interventi che possano essere frammentati, poco coordinati o potenzialmente contraddittori da parte dei diversi professionisti che possono interfacciarsi con un caso di violenza domestica, si è giunti alla strutturazione di Reti interistituzionali antiviolenza su tutto il territorio nazionale. Questo tipo di strutturazione risponde in maniera coerente all'approccio olistico e multilivello al contrasto alla violenza di genere che è richiesto dalla Convenzione di Istanbul. Inoltre, il vantaggio di un tale approccio risiede proprio nell'invio efficace della donna agli altri servizi. Infatti, è possibile che la condizione di violenza venga rilevata in un primo momento da un servizio che non è specificatamente deputato a questa casistica come nel caso dei centri antiviolenza, e l'esistenza di un adeguato protocollo permette di attivare celermente gli altri nodi essenziali della rete, indipendentemente da quale però sia il punto di accesso della donna. Questo ci permette quindi di andare a garantire una buona prevenzione di tipo secondario e terziario. In modo più specifico possiamo dire che la prevenzione secondaria comprende tutti gli interventi che sono indirizzati alle donne che sono a rischio di seguire violenze e si concentra sull'emersione e individuazione dei casi di violenza andando a riconoscere in modo precoce i fattori prodromici e quindi facendo un intervento precoce, prima che la violenza possa peggiorare sia in termini di frequenza ma anche in termini di gravità. Invece la prevenzione terziaria, o protezione, consiste nelle azioni e negli interventi che seguono alla richiesta di aiuto della donna.

La creazione e il funzionamento di ogni Rete è regolata da un apposito protocollo territoriale, con il Comune di riferimento come capofila, che coinvolge tutti gli attori sociali, economici e istituzionali del territorio che offrono servizi necessari a rispondere ai molteplici bisogni donne e bambini esposti la violenza domestica. Una cosa di fondamentale importanza è riconoscere il fatto che l'aspetto essenziale è che al centro delle attività dei nodi della rete sia posta la donna, al fine di poter rimarcare la sua autodeterminazione e la centralità del suo punto di vista, dei suoi obiettivi e dei suoi bisogni.

I centri antiviolenza sono presidi socioassistenziali e culturali gestiti da donne e al servizio delle donne che offrono gratuitamente dei servizi di ascolto e di sostegno alle donne, sia che siano sole o con dei figli/e minori, che hanno subito violenza o che si trovano esposti alla minaccia di ogni forma di violenza e per le quali viene costruito insieme alla donna stessa un progetto personalizzato per la fuoriuscita dalla violenza. I Centri si avvalgono in modo esclusivo di personale femminile, il personale può essere sia volontario o regolarmente retribuito, poiché la relazione tra donne viene considerata uno spazio funzionale ad un processo di riconoscimento e rispecchiamento reciproco, tale da poter rafforzare la soggettività femminile che è adeguatamente formato sul tema della

violenza di genere, e che quindi può assicurare un lavoro in equipe che possa essere sia multiprofessionale ma anche multidisciplinare.

I valori e i principi su cui si fonda la metodologia dei Centri antiviolenza possono essere sintetizzati in: centralità del punto di vista della donna vittima di violenza e autodeterminazione nella ricerca di soluzioni al suo problema e nel determinare i tempi di attuazione; empowerment della donna aiutandola a rafforzare le sue risorse e implementarne di nuove; uguaglianza e parità di trattamento; segretezza e riservatezza nel rispetto del segreto professionale da parte di ogni operatrice professionista che opera nel Centro; e gratuità completa per i servizi offerti.

I Centri antiviolenza iniziano ad organizzarsi a partire dagli anni Sessanta-Settanta, traendo origine dall'esperienza del femminismo e dai movimenti delle donne coinvolti nel dibattito e nella denuncia circa la violenza sessuale. Infatti, nei gruppi di autocoscienza femminista, il fenomeno della violenza in famiglia, da parte del partner, risultava il dato comune dominante. Quindi si era di fronte ad una vera e propria emergenza, ad un bisogno diffuso e trasversale a cui mancava una risposta sul versante istituzionale, e in più in generale una risposta da parte della società.

La nascita dei Centri antiviolenza in Occidente trova dunque uno stretto legame con il percorso politico che il movimento femminista ha compiuto in quei decenni, portando alla nascita delle prime Case delle donne nel Nord Europa e nel Nord America. A livello nazionale aspetteremo la fine degli anni 80 per la costituzione delle prime case delle donne e dei Centri antiviolenza.

I Centri antiviolenza svolgono un fondamentale lavoro di pubblica utilità, che non può fondarsi in ampia parte su finanziamenti non strutturati o sul lavoro volontario.

Il processo di accoglienza che avviene nei Centri antiviolenza è di grande importanza. Con il termine accoglienza si intende l'attività di ascolto e protezione offerta alle donne adulte, che siano italiane o straniere, che contattano i Centri antiviolenza a causa di problematiche personali legate al maltrattamento e questo maltrattamento avviene prevalentemente nell'ambito domestico oppure per altre forme di violenza.

Possiamo identificare alcuni principi guida che dovrebbero essere sempre presenti durante l'ascolto e l'accoglienza della donna, non solo dalle operatrici dei centri, ma da tutti i professionisti, afferenti o meno alla Rete antiviolenza, che a vario titolo possono interfacciarsi con una situazione di violenza domestica. L'attività di formazione garantita dai Centri antiviolenza ha lo scopo di promuovere questi principi e, di conseguenza di arginare una possibile vittimizzazione secondaria della donna nel suo percorso di fuoriuscita dalla violenza.

Uno dei primi aspetti necessari nella relazione di aiuto è quello di sostenere la donna nel riuscire a riconoscere l'abuso come tale; quindi, significa di poter chiamare la violenza con il proprio nome. Infatti, prenderne consapevolezza e poterla chiamare con il proprio nome rappresenta il primo

fondamentale passaggio terapeutico: ciò che è violenza e che costituisce reato è definito in modo chiaro e oggettivo e la responsabilità di tali atti è unicamente di chi li agisce. È essenziale, inoltre, che in tutto il percorso, in ogni azione e in ogni decisione, la donna deve essere posta al centro di tutto. il ruolo delle operatrici e di accoglienza e supporto, ma sempre nella direzione e secondo i tempi che vengono stabiliti dalla donna stessa. Quindi le operatrici non devono entrare in sostituzione alla donna e non la devono forzare a prendere delle decisioni, ma devono sostenerla affinché riconosca il potere di decidere per se stessa e si senta legittimata nel fare questa cosa, valorizzando le sue capacità adulte nell'affrontare i problemi.

Capitolo 3. Uno studio di un Centro Antiviolenza

In questo capitolo ho voluto approfondire ulteriormente la mia ricerca, fin qui solo bibliografica, con uno studio specifico di un CAV situato nel nord-ovest dell'Italia per capire in che modo funziona e quali sono le figure principali che ci lavorano.

3.1. La rilevazione da parte del CAV

Ogni anno l'ente coordinatore del CAV raccoglie e mette a disposizione sul suo sito i dati che emergono dalla raccolta. I dati presentati in questo capitolo sono stati raccolti nel periodo 2023/2024.

3.1.1. La rilevazione dei numeri

La rilevazione del numero delle donne maggiorenni vittime di violenza di genere è stata avviata nell'anno 2013 ed è nata nell'ambito del coordinamento del CAV, a cui partecipano due Consorzi Socioassistenziali, l'ASL di riferimento, un'associazione *Non Sei Sola* e la Cooperativa Sociale Onlus gestrice della Casa Rifugio ad indirizzo segreto rivolta a donne vittime di violenza di genere e ai loro bambin*, e l'Associazione di Promozione Sociale di Percorsi Antiviolenza che si occupa di offrire servizi psicoterapeutici alle donne. L'obiettivo è quello di realizzare una scheda condivisa tra più servizi per la raccolta dei dati delle donne vittime di violenza di genere maggiorenni.

Nella rilevazione anno 2023 sono stati coinvolti i seguenti servizi/enti:

- Servizi Sociali Territoriali afferenti al territorio in cui operano i due Consorzi Socio-Assistenziali e Comuni di riferimento;
- Presidio Ospedaliero (Pronto Soccorso e SC Ostetricia e Ginecologia)
- CAV Consultorio ASL per percorsi di presa in carico sociale e psicologica
- CAV per accoglienza, ascolto, consulenza legale e progetti vari realizzati insieme all'associazione *Non Sei Sola*
- Casa Rifugio a indirizzo segreto gestita dalla Cooperativa Sociale Onlus

La rilevazione prende in esame le donne vittime di violenza di genere maggiorenni e ha evidenziato: la registrazione delle donne che ogni servizio sopra indicato ha effettuato e il numero effettivo delle donne vittime di violenza di genere del territorio di riferimento.

L'accesso a più servizi a volte è concordato tra operatrici del CAV e la donna, perché fa parte di un percorso progettuale, mentre altre volte questo non succede perché la donna autonomamente si rivolge a più punti della rete. I dati non evidenziano in maniera chiara i percorsi perché le procedure strutturate in atto riguardano solo le collaborazioni tra Casa Rifugio e Servizio Sociale Territoriale e tra Casa Rifugio e Centro Antiviolenza.

L'accorpamento e l'intreccio dei dati è avvenuto grazie a un lavoro di coordinamento e di rete e basata sulla disponibilità e alla collaborazione di tutti i servizi/operatori/operatrici coinvolti/e. I dati del Centro Antiviolenza sono divisi tra CAV Accoglienza e CAVI.

Il CAV Accoglienza è gestito dalle volontarie dell'associazione Non Sei Sola con apertura di tre giorni alla settimana e dalle operatrici afferenti a una cooperativa messe a disposizione per l'apertura due giorni alla settimana. Il CAV Accoglienza svolge attività di accoglienza e di ascolto e consulenza legale. La consulenza legale viene svolta dalle avvocate volontarie dell'Associazione *Non Sei Sola*. Nel CAV Accoglienza sono compresi anche i progetti di autonomia per le donne, realizzati grazie a fondi ministeriali e regionali e ai progetti di *Non Sei Sola*. Per quanto riguarda il CAVI si tratta del lavoro di presa in carico svolto dall'Assistente Sociale e dalla Psicologa del Consultorio dell'ASL con ore dedicate al CAV.

Tabella 2 mostra il numero di donne prese in carico da un singolo servizio. Occorre sempre tener presente che una donna può presentarsi a più servizi.

Servizio	Numero di donne prese in carico dal singolo servizio
Ospedale	46
CAV accoglienza e progetti	98
CAVI	21
Consorzio Socio-Assistenziale 1	34
Consorzio Socio-Assistenziale 2	25
Casa Rifugio	30
Consultorio ASL	7
Consultorio per le famiglie di un comune	1

Tabella 2: Il numero di donne prese in carico da un singolo servizio (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

20 delle donne sono fuori territorio e inoltre per il dato dell'ospedale si segnala che gli accessi delle donne vittime di violenza al pronto soccorso sono 50, il numero delle donne è n.46 perché 3 donne hanno fatto più accessi. Il numero di donne effettivo che si sono rivolte ai vari servizi è 200

Di queste 200, 155 donne si sono rivolte e sono state seguite da un solo servizio della rete, 45 donne da più servizi.

Rispetto alle 155 donne che si sono rivolte a un solo servizio della rete:

- 59 solo dal Centro Antiviolenza di cui n. 19 solo dal CAV Accoglienza per incontri di ascolto senza proseguire un percorso di uscita dalla violenza, le altre
- 40 donne sono state seguite o in percorsi di consulenza legale oppure in progetti di tirocinio formativo, oppure in percorsi psicologici o sociali (CAVI consultorio familiare con ore dedicate al CAV)
- 38 solo dai Servizi Sociali e i Consorzi Socio-Assistenziali
- 4 solo dal Consultorio dell'ASL
- 1 dal Consultorio per le Famiglie
- 18 solo dalla Casa Rifugio si tratta delle donne in carico a servizi sociali fuori territorio e di una del territorio biellese e che non hanno usufruito dei servizi messi a disposizione dal CAV
- 5 hanno fatto un passaggio in Ospedale senza contattare altri Servizi
- 45 donne sono state prese in carico da più servizi della Rete.

Per esempio, dalla Casa Rifugio e dal Servizio Sociale Territoriale e dal Centro Antiviolenza, oppure dal Servizio Sociale Territoriale e dal Centro Antiviolenza, oppure dal Servizio Sociale Territoriale oppure dalla Casa Rifugio e dal Centro Antiviolenza.

- 10 donne passate dall'Ospedale sono state prese in carico da altri servizi n. 3 dalla Casa Rifugio, n. 5 si sono rivolte al Centro Antiviolenza e n. 2 sono state prese in carico dal Servizio Sociale Territoriale.

3.1.2. I dati relativi alle donne

Tabella 3 contiene i dati relativi alle 200 donne riguardano la provenienza territoriale considerando la totalità degli enti della rilevazione.

Territorio	Numero
Territorio consorzio socioassistenziale 1	51
Comune	67
Territorio consorzio socioassistenziale 2	45
Fuori Provincia/Regione	28
Senza fissa dimora	2
Dato non rilevato	7
TOTALE	200

Tabella 3: La provenienza territoriale delle donne (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Per quanto riguarda i dati sulla nazionalità, 136 donne sono italiane, mentre 63 provengono da altri Stati.

Età	Numero
18-25	21
26-35	59
36-45	54
46-55	40
56-65	21
Maggiore di 66 anni	2
Dato non noto	3
TOTALE	200

Tabella 4 contiene i dati relativi all'età delle donne.

Tabella 4: L'età delle donne (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 5 contiene i dati relativi al percorso di studio conseguito.

Quale scuola è stata conseguita?	Numero
Nessuno	4
Licenza elementare	2
Licenza scuola media inferiore	58
Corso professionale dopo la scuola media inferiore	8
Diploma media superiore di secondo grado	33
Laurea	12
Altro	4
Non so	79
TOTALE	200

Tabella 5: Il percorso di studio conseguito dalle donne (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 6 contiene i dati relativi all'occupazione delle donne.

Occupazione	Numero
Occupato	112
Disoccupato	72
Dato non rilevato	16
TOTALE	200

Tabella 6: L'occupazione delle donne (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Delle 112 donne occupate:

- 24 sono operaie
- 18 sono addette alla ristorazione
- 16 sono impiegate
- 10 sono colf/badante
- 6 sono OSS
- 6 sono insegnanti
- 5 sono commesse
- 1 è una libera professionista
- 21 vengono assegnate alla categoria "altro"

Alcune delle donne disoccupate hanno percepito:

- 7 le borse-lavoro
- 10 il reddito di cittadinanza
- 2 il reddito di libertà
- 1 Naspi
- 7 altro

Per quanto riguarda la presenza di una querela, delle 200 donne, 141 hanno sporto querela, 44 non hanno sporto querela e su 15 donne non è stato rilevato alcun tipo di dato.

I dati relativi al tipo di violenza dimostrano che:

Per quanto riguarda alla violenza fisica, 152 donne hanno subito violenza fisica, 35 non hanno ricevuto violenza fisica e per 13 non è stato rilevato nessun dato.

Per la violenza psicologica, 174 donne hanno subito violenza psicologica, 17 non hanno subito questo tipo di violenza e per 9 donne non è stato rilevato alcun dato.

Per la violenza economica, 81 donne hanno subito questa violenza, 100 non l'hanno subita e per 19 donne non è stato rilevato nessun dato.

Per la violenza sessuale, 34 donne hanno subito violenza sessuale, 125 non l'hanno subita e per 41 donne non è stato rilevato nessun dato.

Per quanto riguarda la situazione abitativa al 31/12/2023:

- 91 donne hanno un'abitazione autonoma
- 20 sono ritornate con il maltrattante
- 17 sono con parenti
- 7 si trovano in un alloggio in condivisione afferente al servizio sociale
- 7 sono in comunità
- 6 sono in Casa Rifugio
- 2 hanno un alloggio di secondo livello
- 22 non hanno compilato questa domanda

Tabella 7 contiene i dati relativi alla nazionalità dell'autore di violenza e Tabella 8 contiene i dati relativi al tipo di relazione dell'autore di violenza con la donna coinvolta.

Nazionalità dell'autore di violenza	Numero
Italiana	114
Marocchina	15
Altro continente europeo	21
Continente Africano	20
Continente Asiatico	1
Dato non rilevato	29
TOTALE	200

Tabella 7: La nazionalità dell'autore della violenza (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tipo di relazione	Numero
Marito, compagno, convivente	93
Ex marito, compagno	60
Datore/colleghi di lavoro	2
Familiari	8
Altro	3

Sconosciuto	1
Dato non rilevato	16
TOTALE	200

Tabella 8: Il tipo di relazione con la donna coinvolta (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Nella maggior parte dei casi (101) non è stato indicata la professione dell'autore e i disoccupati sono 27. Le professioni indicate sono libero professionista, artigiano, commerciante, impiegato, insegnante, operaio.

Gli interventi in favore degli autori di violenza sono indicati solo in piccola parte:

- Per 155 autori non ci sono dati.
- 17 autori sono in carico al servizio sociale territoriale da solo oppure insieme a servizi specialistici come la NPI e /o il SERD.
- 9 autori risultano essere seguiti dal solo SERD.
- 3 autori risultano essere seguiti dal DSM e 2 dal SERD-DSM
- Solo 4 autori sono seguiti per il problema specifico della violenza e il servizio che interviene è il servizio sociale.

3.1.3. Il confronto con i dati degli anni precedenti

Tabella 9 contiene i dati relativi al numero delle donne accolte o in carico ai diversi servizi negli anni fino al 2023.

Servizio	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Ospedale	47	66	62	55	46	53	53	46
CAV accoglienza	37	38	44	62	47	89	83	98
Ente socioassistenziale	17	33	28	42	32	35	25	34
Ente socioassistenziale	20	17	26	35	32	31	21	25
Casa Rifugio	16	14	16	21	26	28	17	30
Consultorio	13	19	16	15	28	27	18	21
Consultorio di un comune	21	9	8	11	10	3	4	7

Consultorio di un comune	1	0	2	0	0	0	0	1
Associazione	0	19	10	18	15	9	14	0

Tabella 9: Il numero delle donne accolte o in carico (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 10 contiene il numero di donne seguite dai diversi servizi della rete negli anni.

Servizi	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Ospedale	34	54	50	43	35	38	Dato mancante	35
Punto ascolto/CAV accoglienza	19	17	22	35	47	28	29	19
Consultorio/ASL/CAVI Progetti	0	3	2	7	3	28	29	40
Servizi sociali territoriali	17	23	36	54	44	32	20	38
Consultorio/ASL	17	5	2	7	6	1	4	4
Casa Rifugio	0	0	3	6	9	9	7	18
Servizi socioassistenziali	0	14	10	13	15	7	11	0
Consultorio di un comune	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTALE	89	116	125	165	156	143	100	155

Tabella 10: Il numero delle donne seguite (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 11 e Tabella 12 contengono i dati relativi al numero delle donne effettivo.

Numero donne	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Numero donne effettivo	121	155	159	199	186	193	174	200

Tabella 11: Il numero delle donne effettivo che si sono rivolte ad un solo servizio (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Numero donne effettivo	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Numero di donne che si sono rivolte ad un solo servizio	89	116	125	165	156	143	100	155
Numero di donne che si sono rivolte a più servizi	32	39	34	34	30	50	30	45
TOTALE	121	155	159	199	186	193	130	200

Tabella 12: Il numero delle donne effettivo che si sono rivolte a più servizi (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 13 contiene i dati relativi alla nazionalità delle donne accolte o in carico ai diversi servizi.

Nazionalità	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Italiana	91	100	99	138	127	131	92	136
Marocco	12	15	24	27	20	20	19	14
Est Europa	6	20	11	15	15	17	0	0
Altri stati	10	11	19	18	24	24	19	48
Dato non rilevato	2	9	6	1	0	1	0	2
TOTALE	121	155	159	199	186	193	130	200

Tabella 13: La nazionalità delle donne accolte o in carico ai diversi servizi (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 14 contiene i dati relativi all'età delle donne accolte o in carico ai diversi servizi.

Età	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
18-25	12	24	19	22	22	26	12	21
26-35	33	45	51	47	39	46	33	59
36-45	37	37	37	51	59	57	40	54
46-55	25	28	31	48	42	35	28	40
56-65	7	5	13	17	10	18	15	21

Maggiore di 66	2	8	5	10	6	5	1	3
Dato non rilevato	5	8	5	10	6	5	1	3
TOTALE	121	155	159	199	186	193	130	200

Tabella 14: L'età delle donne accolte o in carico ai diversi servizi (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 15 contiene i dati relativi alla querela.

La donna ha sporto denuncia	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Si	55	65	70	93	87	109	77	141
No	30	30	36	54	58	49	35	44
Dato non rilevato	36	60	53	52	41	42	18	15
TOTALE	121	155	159	199	186	193	130	200

Tabella 15: Le donne che hanno sporto denuncia (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 16 contiene i dati relativi alla violenza fisica.

Violenza fisica	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Si	99	127	133	166	116	145	87	152
No	16	17	22	26	29	40	21	35
Dato non rilevato	6	11	4	7	41	8	22	13
TOTALE	121	155	159	199	186	193	130	200

Tabella 16: Le donne che hanno subito violenza fisiche (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 17 contiene i dati relativi alla violenza psicologica.

Violenza psicologica	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
-----------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

Si	115	131	148	167	129	172	107	174
No	3	8	9	18	13	8	5	17
Dato non rilevato	3	16	2	14	44	14	18	9
TOTALE	121	155	159	199	186	193	130	200

Tabella 17: Le donne che hanno subito violenza psicologiche (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 18 contiene i dati relativi alla violenza sessuale.

Violenza sessuale	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Si	17	22	21	23	25	25	27	34
No	65	101	107	104	96	127	56	125
Dato non rilevato	39	32	31	72	65	41	47	41
TOTALE	121	155	159	199	186	193	130	200

Tabella 18: Le donne che hanno subito violenza sessuale (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

Tabella 19 contiene i dati relativi alla violenza economica.

Violenza economica	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Si	65	47	81
No	104	48	100
Dato non rilevato	24	35	19
TOTALE	193	130	200

Tabella 19: Le donne che hanno subito violenza economica (Fonte: Coordinamento Centro Antiviolenza, 2024)

I dati riportati dimostrano come negli anni il numero di vittime sia in aumento e che quindi si tratta un problema che richiede un'attenzione costante e una rete di servizi coordinata ed estesa. Inoltre, si riscontra che c'è un grande numero di donne che subisce maggiormente violenza psicologica rispetto a tutti gli altri tipi di violenza e si può affermare che la violenza psicologica è quella che si instaura più facilmente anche perché le vittime sono tendenzialmente donne fragili quindi l'autore di violenza è facilitato nel perpetuare questo tipo di violenza. Quindi è particolarmente importante fornire ed effettuare adeguatamente delle terapie psicologiche per aiutare queste donne.

3.2. Lo studio tramite intervista

Lo scopo di questa sezione della mia tesi è quello di approfondire lo studio attraverso interviste semi strutturate per raccogliere dati qualitativi e aperti da figure professionali chiave che svolgono diversi tipi di ruoli e che possono fornire punti di vista diversi su un lavoro che tratta questioni altamente personali e delicate. L'intenzione è di ottenere informazioni direttamente dalle professioniste coinvolte, mentre raccontano le loro esperienze ed eventualmente esprimono atteggiamenti, percezioni e convinzioni personali riguardo ai loro ruoli specifici e al funzionamento del CAV nel suo complesso.

Le figure professionali intervistate sono state la coordinatrice del CAV, due volontarie, una psicologa e un'assistente sociale. Il protocollo dell'intervista è basato sulla seguente traccia, la quale ha permesso un uso flessibile dei punti elencati e offerto la possibilità di approfondire punti specifici che emergevano durante l'intervista con una figura particolare.

1. La composizione dell'équipe del CAV e i ruoli specifici dei membri
2. Le caratteristiche del fenomeno IPV e le donne che ne sono vittime
 - a. Lo sfondo socioculturale e socioeconomico
 - b. I tipi di violenza e le esperienze traumatiche
 - c. Il PTSD, i sintomi di traumi e le componenti fisiche, psicologiche e comportamentali
3. I percorsi di accoglienza e terapia
 - a. Le modalità di accoglienza e i tipi di terapie
 - b. La scelta delle terapie e le specificità individuali e culturali
 - c. La valutazione degli esiti dei percorsi di terapia
4. I punti forti e le criticità dell'operato del CAV

Le interviste sono state registrate, trascritte e analizzate. Quello che segue è un'analisi in parte narrativa, per permettere l'esperienza vissuta della figura professionale di emergere, e in parte tematica, per permettere un focus su tematiche ricorrenti.

3.2.1. La coordinatrice

La coordinatrice del CAV racconta che lei è dipendente di un consorzio che gestisce servizi socioassistenziali per conto dei comuni nella zona dove si colloca il centro. Fa riferimento a una legge regionale del 2011 in cui si era definito che le competenze relative al CAV dovevano essere erogate dai comuni, quindi dai consorzi, ed è per questo che il consorzio è l'ente gestore, ma in modo formale. Gestore formale significa che sono i capifila per cui la coordinatrice si occupa per conto del servizio socioassistenziale quindi del coordinamento di tipo amministrativo. Quindi, mi spiega che lei non vede le donne. Poi si occupa anche di tutta la parte di ricerca e finanziamenti

attraverso bandi, perché i fondi del centro antiviolenza arrivano sia dalla Regione, sia dal Dipartimento delle Pari Opportunità ma sono per la maggior parte legati a bandi. Questo significa che non ci sono finanziamenti standard anche se il CAV è accreditato nell'albo regionale di tutti i CAV e dunque ottempera a quelli che sono degli stati definiti dalla Conferenza Stato-Regioni dei requisiti minimi per poter essere denominati CAV e di conseguenza ottenere i finanziamenti.

La rete di gestione presenta due tipi di atti formali: uno è un protocollo di intesa sul fenomeno della violenza che è esistente dal 2008 perché precedentemente ovvero prima dei consorzi socioassistenziali c'era la Provincia che coordinava tutte le attività del CAV (centro antiviolenza). Di questo protocollo di intesa contro la violenza fanno parte la Provincia, la Procura della Repubblica presso il tribunale, l'università degli studi di una città vicina, la Consigliera di parità, l'ufficio territoriale scolastico, due consorzi socioassistenziali e poi le associazioni del territorio che si occupano di queste tematiche.

Si tratta di un protocollo generale della rete, ma poi per il funzionamento del CAV esiste una convenzione sottoscritta e che si rinnova ogni due anni, a cui fanno parte i consorzi socioassistenziali, l'Associazione *Non Sei Sola*, le cooperative del territorio e altre associazioni.

Questa convenzione disciplina le attività del CAV anche in collegamento con la Casa Rifugio gestita da un'associazione specifica e in collaborazione operano anche le volontarie di un'altra associazione che sono quelle che si occupano in particolare della raccolta dei fondi, delle attività di prevenzione, e le attività di sensibilizzazione contro la violenza.

Ogni ente mette a disposizione le proprie risorse. L'Associazione *Non Sei Sola* si occupa di fornire le volontarie che accolgono le signore e sono tutte volontarie che sono in possesso del titolo di operatrice antiviolenza, con l'attestato rilasciato dalla Regione. Inoltre, fornisce quelli che sono gli orientamenti e i diritti attraverso le avvocate volontarie. Si occupa anche di attività di sensibilizzazione sul territorio e di raccolta fondi, e mette a disposizione dei fondi per le borse-lavoro per le donne vittime, nonché contributi su progetti specifici. Infine, si occupa anche del progetto patenti per cui pagano la scuola guida a donne che necessitano di un percorso di autonomia.

Un altro ente importante è l'ASL, che contribuisce attraverso interventi sociali e psicologici, nel senso che nell'ambito del consultorio familiare ci sono delle ore dedicate proprio al CAV. Queste ore vengono divise in 8 ore settimanali per la psicologa e 10 ore settimanali per l'assistente sociale. All'interno dell'ASL c'è anche una figura della direzione dell'ospedale che partecipa a delle riunioni di coordinamento. Questo perché il lavoro sulla violenza è trasversale, perché in realtà sono tante piccole parti che si uniscono; quindi, è per questo che è importante lavorare in rete e fare sì che da

qualsiasi punto della rete la donna entri ci sia poi un collegamento e per quanto possibile una modalità di gestione comune.

Il consorzio socioassistenziale ha messo a disposizione una figura inerente alla violenza di genere, che è un assistente sociale. Inoltre, attraverso una convenzione mette a disposizione la mediazione culturale per le donne che non conoscono l'italiano.

La Casa Rifugio non è gestita dallo stesso ente che gestisce il centro antiviolenza. Anche se non sono gestiti dallo stesso ente comunque sono collegati. La Casa Rifugio è stata attivata su un bando del Dipartimento delle Pari Opportunità, in quanto è stato vinto questo grosso finanziamento per cui è attiva dal 2 maggio 2013; ed accoglie sia donne, che donne con bambini. È gestita da una cooperativa ed è accreditata al bando delle case rifugio della Regione; quindi, riceve anche essa dei finanziamenti da parte della Regione. Si può entrare in Casa Rifugio con due modalità, o attraverso un progetto del servizio sociale territoriale oppure in emergenza. La maggior parte delle donne entrano in emergenza.

Le donne da fuori territorio possono entrare in emergenza, però non beneficiano dei fondi messi a disposizione dalla Regione, nel senso che pagano una retta fin da subito, per entrare in Casa Rifugio, cioè l'accoglienza meno i primi dieci giorni che vengono definiti di accoglienza in emergenza. Successivamente viene pagata una retta il cui importo è definito da linee guida date dalla Regione, una retta a carico dei comuni della residenza della donna. Il servizio è gratuito per la donna ma solo perché dietro c'è un sistema di servizi che pagano.

Se una donna entra in emergenza ci deve essere una denuncia o una segnalazione da parte delle forze dell'ordine o da parte dell'ospedale che hanno un numero diretto per mettersi in contatto con la responsabile della Casa Rifugio, per cui se rientrano nei criteri per poter entrare e sono chiaramente donne vittime di violenza e si valuta che c'è una situazione di pericolosità entrano direttamente in un alloggio di emergenza collegato al servizio di Casa Rifugio. Una volta che sono entrate, la responsabile della Casa Rifugio avverte la responsabile del CAV che a sua volta avvisa il servizio sociale territoriale di competenza. È stato scelto questo tipo di procedura perché di fatto chi poi pagherà la retta è il servizio sociale, cioè l'ente competente, e quindi il progetto viene poi fatto con il servizio sociale di residenza anche a volte con le risorse del CAV, ma questo dipende da situazione a situazione. Quando si entra in emergenza e poi viene fatto un progetto per cui si valuta se passare in Casa Rifugio, si attiva anche l'avvocata. Viene fatto un decreto di allontanamento da parte dell'autore di violenza quindi la donna potrebbe tornare a casa.

Ci si può rivolgere sia direttamente o tramite appuntamento. Le donne vengono accolte dalle volontarie oppure da due operatrici, perché il CAV è aperto 5 giorni alla settimana e le volontarie

sono presenti 3 giorni; invece, gli altri 2 giorni sono presenti delle operatrici antiviolenza in convenzione con una cooperativa che però fanno lo stesso lavoro delle volontarie.

Quindi accolgono la donna e soprattutto cercano di renderla consapevole sul fatto che quello che sta vivendo è una violenza. Questo è il fulcro fondamentale nel senso che per poter partire con qualsiasi progetto e quindi un progetto di affrancamento dalla violenza. La donna deve essere consapevole che quello che sta vivendo è una violenza; quindi, deve riconoscerla e questo non è scontato perché è così abituata a vivere delle situazioni di quel tipo che per lei è normale. Quello che le operatrici possono dire alle donne è “Guarda che quello che stai vivendo è violenza, guarda che non sei l’unica a vivere questo tipo di situazione qua”, e questa tipologia di frase aiuta le donne a non sentirsi sole e soprattutto a sentirsi capite da altre donne.

L’accoglienza senza esprimere giudizio è l’altro punto fondamentale. La metodologia dell’accoglienza è fondata sulla relazione tra donne e sul rimando positivo del proprio sesso/genere per favorire percorsi di autonomia, consapevolezza ed empowerment.

Per la maggior parte delle donne la violenza è sempre una storia di anni, che può essere fisica ma il tipo più devastante è quella psicologica, cioè il fatto di pensare di non valere nulla. Quindi il grosso del lavoro è proprio quello di ricostruire un’identità, di valorizzare le risorse della donna. Inoltre, le donne sono spesso afflitte dalla paura che i figli potrebbero essere portati via.

Durante l’accoglienza senza giudizio vengono fatti alcuni colloqui in cui si dà anche un’idea di quelle che sono le opportunità di un CAV e quindi anche il passaggio a capire quali diritti hanno e che possono esercitare. Il percorso di affrancamento non è facile. In alcune situazioni si arriva a dire alla donna di denunciare. Però, è chiaro che per denunciare bisogna anche avere presente cosa significa, quindi a cosa si va incontro. In seguito, a volte alcune donne preferiscono la separazione. Quindi si danno tutte le informazioni, dopodiché c’è il passaggio ad altre figure professionali che possono essere la consulenza legale, l’orientamento ai diritti, e quindi il sostegno sociale che viene fatto dall’assistente sociale del CAV o il sostegno psicologico. Viene attivata la mediazione culturale fin da subito se arriva una donna che non conosce l’italiano.

Poi vengono anche offerti quelli che sono le risorse, per esempio, il consorzio socioassistenziale ha partecipato attualmente a due bandi della Regione che si rifanno al Piano Strategico Nazionale contro la violenza per cui ha ottenuto dei finanziamenti per quanto riguarda l’Azione 1, che prevede dei percorsi di inserimento lavorativo anche attraverso le borse-lavoro e aiuti rispetto all’abitazione autonoma, quindi per esempio il pagamento della caparra o prime mensilità dell’affitto. C’è anche un budget per comprare elettrodomestici e attrezzature e quindi fare fronte a queste spese.

Questi progetti vengono sempre fatti subito e successivamente, il CAV e in particolare le volontarie valutano che la donna debba essere indirizzata al servizio sociale territoriale, ovviamente con il suo consenso. Perché a volte ci sono delle necessità più sociali e quindi si costruisce un progetto insieme al servizio sociale territoriale.

Per i progetti riferiti ai bandi, il consorzio socioassistenziale è ente capofila e si appoggia agli enti con cui c'è una convenzione per un appalto. Essi si occupano degli inserimenti lavorativi delle donne che vengono orientate verso questo tipo di risorsa. Le segnalazioni per prendere parte a questo progetto di inserimento lavorativo possono anche arrivare dal servizio sociale territoriale.

Nella rete fa parte anche un'associazione che si occupa dei percorsi antiviolenza che adesso si occupa dello sportello SPAM (supporto psicologico adulti maltrattanti) e quindi fa un lavoro con gli autori di violenza. L'associazione si occupa anche di raccolte fondi, quindi offre percorsi psicoterapeutici per donne e bambine vittime di violenza, nel caso in cui ci siano anche bambine vittime di abusi. L'associazione collabora nell'ambito del centro antiviolenza per quanto riguarda le attività di sensibilizzazione e prevenzione alla violenza. Attualmente, oltre al piano strategico Azione 1, esiste anche il piano strategico Azione 2 che contempla delle attività di prevenzione da svolgersi nelle scuole e sono stati attivati dei progetti nelle scuole, per la formazione degli insegnanti. Questi corsi sono tenuti dall'Associazione *Non Sei Sola*.

Le attività che riguardano la prevenzione sono sensibilizzazione al contrasto alla violenza con adolescenti ed è stato coinvolto anche il consultorio, e sono coinvolte dieci classi di un Liceo, con un incontro di due ore ciascuno. Poi c'è un laboratorio con bambini della scuola primaria sulla parità di genere. Alcune azioni vengono portate avanti da specifiche associazioni. Inoltre, c'è la formazione degli insegnanti e qui hanno aderito più o meno una ventina di insegnanti per istituto comprensivo.

L'Azione 2 prevede azioni di informazione, comunicazione e formazione nelle scuole sul tema della violenza di genere. L'obiettivo consiste nel sensibilizzare i territori periferici e bambini/e, ragazzi/e di differenti età, sul grave problema della violenza maschile contro le donne e promuovere la creazione di una cultura condivisa, attenta alla costruzione di modelli identitari maschili positivi e relazioni affettive autentiche e libere. Le azioni prevedono due tipologie di attività:

- Sensibilizzazione/formazione degli insegnanti e degli alunni sui temi del contrasto alla violenza di genere/parità, con l'utilizzo di materiale informativo con attività laboratoriali;
- Progettazione e realizzazione di comunicazioni rivolte ai coetanei anche attraverso la rete, web e social.

Parallelamente bisogna tenere conto che le associazioni svolgono per conto loro attività di prevenzione, tendenzialmente con incontri in teatri oppure nei comuni.

Per quanto riguarda lo sfondo socioculturale ed economico, vengono raccolti i dati che arrivano da tutta la rete anti violenza, in quanto c'è una raccolta dati comune, in cui gli enti inseriscono le donne che hanno avuto in carico. Quindi, a volte ci sono dei doppioni perché una donna può essere andata prima in ospedale e poi in Casa Rifugio. Così, viene segnata due volte ma da due enti diversi. Dunque, la coordinatrice si occupa di fare un lavoro di assemblamento dei dati. Le professioni che vengono identificate sono molte. Il CAV partecipa alla raccolta dati che viene effettuata da parte dell'ISTAT.

La cosa che viene valutata è anche il rischio in cui si trova la donna. Quindi, viene eseguita una valutazione del rischio. Il metodo SARA è il metodo certificato dal Dipartimento delle Pari Opportunità. Si condividono informazioni che riguardano sia la situazione dell'autore di violenza sia la situazione della donna. Dell'autore di violenza interessa sapere se è in possesso di armi, se usa sostanze, se c'erano già state violenze pregresse. Da parte della donna se si trova in un percorso di cambiamento perché in questi casi il rischio aumenta molto; quindi, se la donna si sta separando o se è in gravidanza. Poi sul sito del consorzio socioassistenziale c'è un questionario online, che è il questionario ISA.

Per quanto riguarda i punti forti dell'operato del CAV, c'è una grande rete sul territorio e il fatto che ci sono associazioni attive da tanti anni e che quindi collaborano nell'attivazione di progetti. È dunque importante il fatto che ci sia un coordinamento generale delle attività. Il tentativo come rete è stato proprio quello che da qualsiasi punto della rete la donna entri c'è comunque un collegamento con il CAV. Modalità comune anche se a volte il focus risulta diverso. Per esempio, il servizio sociale ha un mandato di certo tipo che il CAV non ha. Infine, la sensibilizzazione e le attività di prevenzione sono dei punti forti che sicuramente possono aiutare nel fermare o per lo meno cercare di attenuare il fenomeno della violenza.

Per quanto riguarda i punti critici, la criticità più grossa è che, avendo tanti punti della rete, a volte la donna può far fatica a comprendere il percorso generale. Per ovviare a questa criticità a breve verranno attivati dei questionari di valutazione che sono collegati alla carta dei servizi, perché si ritiene molto importante verificare cosa pensano le donne rispetto ai servizi che vengono offerti.

3.2.2. Le volontarie

Le volontarie del CAV raccontano come avviene l'accoglienza delle signore e quali sono i punti fondamentali che vengono svolti in questa fase. Una volta fissato l'appuntamento, viene ricevuta la donna in una sala; questa sala presenta un setting molto essenziale; le volontarie mentre ero lì a

fare l'intervista mi hanno mostrato la sala che presenta un tavolo con sopra una piantina, poi sono presenti le sedie e infine una finestra che fa entrare la luce. Il colloquio viene strutturato dalle volontarie, in questo modo, viene fatta partire la donna da dove vuole, non è un colloquio strutturato, quindi viene lasciata libertà. A volte se sono successe cose rilevanti in quel periodo di violenza o maltrattamento, la donna partirà da quell'ultimo episodio. Partono spesso dall'inizio della storia di violenza. Doversi rivolgere al CAV non è una cosa facile, perché le donne si trovano di fronte a delle estranee a dire delle cose abbastanza intime. Il colloquio è impostato fin dall'inizio che qualsiasi decisione è della donna. Il CAV offre uno sportello di accoglienza e di ascolto.

Viene offerta la consulenza legale e un supporto psicologico. In questo periodo c'è un progetto "narrarti" è un progetto in cui c'è una parte di narrazione e una parte di arte terapia a cui possono partecipare le donne vittime di violenza e attraverso queste tecniche ci si racconta e ci si ascolta, ad esempio in passato c'era stato lo psicodramma. Se viene valutato che la donna ha bisogno di un supporto sociale (per esempio, se ha dei figli o problemi con l'abitazione) viene rimandata dall'assistente sociale. Le volontarie non hanno il ruolo di intervenire ma è la donna che con il loro aiuto deve e ha il diritto di scegliere se rivolgersi o meno alle figure di sostegno che vengono proposte.

Rispetto alla conduzione dei colloqui, uno dei principi fondamentali è quello che la persona non si deve sentire giudicata in alcun modo. Quindi nel momento in cui una donna arriva, viene ascoltata senza dare un giudizio di nessun tipo, bisogna dimostrare che si crede a quello che la donna racconta. Non vengono fatte valutazioni, quello che lei porta viene preso per vero perché il compito è quello di ascoltare. Se vuole fermarsi si ferma, se vuole raccontare delle cose in più può farlo. Nei colloqui si cerca sempre di essere in due, perché di solito una conduce e l'altra scrive, perché gli avvocati a volte chiedono delle relazioni alle volontarie; quindi, devono appuntarsi quello che viene detto. Ovviamente bisogna cercare di inserire le cose in maniera descrittiva, senza opinioni. Altro motivo per cui vengono fatti i colloqui in due è che ci possono essere delle cose che toccano particolarmente una delle due volontarie, e se la collega se ne accorge, c'è un lavoro di supporto tra le volontarie in questo senso. Essere in due permette anche di confrontarsi dopo che il colloquio è finito, e ci si confronta anche con altre volontarie. Una cosa importante dei colloqui è che non sono strutturati ma si tengono comunque in mente dei punti chiave che assolutamente devono emergere, per esempio, se la persona si sente in pericolo. Le volontarie impartiscono anche informazioni sulla possibilità di poter accedere alla Casa Rifugio. Se sono coinvolti dei figli, l'obiettivo è che la donna si senta di dover tutelare i suoi figli, quindi fare tutto il possibile per affiancarla. Se lei non tutela i figli il compito è quello di segnalare questa cosa.

Per diventare volontarie si deve fare un corso organizzato dalla Regione. Viene rilasciato un attestato di operatore del CAV. Tutte le volontarie devono avere questo attestato perché la regione lo richiede per poter lavorare nei CAV. Le volontarie mi raccontano che spesso si iscrivono a dei seminari per rimanere sempre aggiornate. Inoltre, viene effettuata una supervisione ogni due mesi con uno psicologo, che offre un supporto psicologico per questo tipo di lavoro. È un lavoro in cui non si sentono sole. Le volontarie, inoltre, si occupano anche della raccolta dei dati da poi poter fornire al consorzio socioassistenziale.

Di per sé essere ascoltate, da chi veramente ascolta, in quanto quello che viene offerto è un ascolto attivo, per qualcuno è già di aiuto senza rivolgersi allo psicologo. Ovviamente le volontarie non possono offrire un supporto terapeutico come quello di uno psicologo ma comunque offrono un servizio di ascolto attivo che per queste donne risulta fondamentale per poter fare un percorso di fuoriuscita dalla violenza.

Succede abbastanza frequentemente che la donna viene per un primo colloquio e poi non viene più. Questo può succedere in quanto c'è una difficoltà a ritornare e affrontare il problema. Oppure perché la donna pensa che dopo un primo colloquio qualcuno farà qualcosa e invece non è così, in quanto non vengono fatte denunce dalle volontarie, e le volontarie non possono offrire delle soluzioni immediate. A volte ci sono delle donne che hanno già una certa consapevolezza ma hanno comunque bisogno di trovare qualcuno che le dica che questa non è una situazione normale, dare un nome alla violenza.

Per quanto riguarda gli aspetti più burocratici viene fatto firmare e compilare un foglio, sia la privacy e la richiesta di intervento quindi supporto legale, psicologico e sociale ma anche il consenso a scambiare informazioni con altri professionisti. Capita anche che la donna non voglia compilarlo, quindi viene registrata come persona ignota.

Per quanto riguarda i punti forti dell'operato del CAV, soprattutto c'è la presenza di un gruppo di lavoro e un'organizzazione forte, per cui viene garantita la supervisione accurata. Insieme alla donna vengono fatti dei lavori sulla consapevolezza.

Per quanto riguarda i punti critici, il limite delle volontarie all'accoglienza è quello di non poter fare dei percorsi di accompagnamento. In altri centri invece ci sono tante ore dedicate a questo aspetto, mentre nel territorio del CAV studiato sono di competenza dei servizi sociali, che però hanno poche risorse e poi non sono operatori del centro e quindi non sono formati allo stesso modo. Il punto più critico è non poter accompagnare la donna nelle azioni successive. Quando viene fatto l'invio ad altre figure, successivamente le volontarie non sanno cosa sia successo alla donna.

3.2.3. L'assistente sociale

Secondo l'assistente sociale il CAV ha come punto di forza la presenza di volontari ed operatori preparati che sono in grado di gestire la variegata tipologia di situazioni che si presentano al centro. Inoltre, la collaborazione tra le diverse figure presenti al CAV è fondamentale per garantire la giusta accoglienza e supporto alla donna.

L'accoglienza da parte dell'assistente sociale alla donna vittima di violenza avviene attraverso un primo colloquio finalizzato ad accogliere, informare e sostenere la donna. La donna viene supportata, vengono raccolti i bisogni e si valuta insieme la possibilità di attivare altri servizi/sostegni. Il percorso a favore della donna può variare secondo le necessità riportate dalla donna stessa, al nucleo e alle esigenze che si raccolgono nella fase iniziale. La donna può inoltre richiedere un sostegno psicologico e l'assistente sociale la può mettere in contatto con la psicologa per l'avvio di un percorso di sostegno psicologico. Infine, si può valutare insieme l'attivazione di risorse per favorire l'autonomia abitativa e/o lavorativa e qualora fosse necessario l'assistente sociale del CAV può fare da tramite con gli altri servizi presenti sul territorio per facilitare la donna.

3.2.4. La psicologa

La psicologa del CAV si occupa della parte terapeutica delle donne che prende in carico. La tipologia di pazienti che vengono comprese comprende donne particolarmente fragili che hanno quasi tutte una storia passata con dei disturbi dell'attaccamento; o sono state a loro volta vittime di violenza e di maltrattamenti da piccoli. La donna che sostanzialmente ha avuto un'infanzia serena con dei genitori protettivi che va a mettersi in una situazione di maltrattamento è rara. Molto spesso qua sono donne che hanno subito più di una violenza da più partner. Sostanzialmente sono tutte donne che hanno delle storie molto fragili.

Per quanto riguarda lo sfondo socioculturale e socioeconomico, in realtà non necessariamente un livello socioculturale o socioeconomico basso vuol dire essere più a rischio. Ci sono più donne di diverse etnie con più livelli socioculturali. Si può dire che quello che fa la differenza è appunto il rapporto che c'è stato con i genitori o delle esperienze traumatiche infantili, è più probabile che si vada incontro ad una possibile relazione basata su maltrattamenti e la violenza può essere economica, fisica, psicologica ecc.

Per quanto riguarda i tipi di violenza, le violenze fisiche e psicologiche sono quelle più predominanti. Ci sono anche violenze sessuali ma sono più basse. La donna abusata che arriva per esempio perché è stata abusata su un treno è in percentuale minore rispetto alla donna che subisce maltrattamento fisico e psicologico.

Le donne che non lavorano sono quelle con un livello socioculturale più basso e si può instaurare violenza economica. La violenza fisica e quella psicologica vanno di pari passo e molte donne dimostrano sintomi del PTSD. La donna tende a coprire il compagno, per esempio facendo denuncia e poi andando a ritirarla.

Quando vengono in terapia è già un passo avanti, perché si accorgono che non stanno bene, che c'è qualcosa che non va, dopodiché però le donne tendono sempre a coprire o giustificare il compagno oppure riferiscono che i compagni non lo faranno più.

Per quanto riguarda le terapie, qualche donna può essere già passata dalla neuropsichiatria infantile proprio per dei problemi precedenti. Donne che spesso sono state già segnalate quando erano piccole, e una parte quindi potrebbe già aver effettuato un percorso psicologico. Per chi non ha mai fatto un percorso psicologico, si spiega che cos'è e come funziona.

È importante capire che cosa si aspettano le donne da questo percorso e quali sono le loro necessità. Perché è inutile che si vada a lavorare su qualcosa che non è importante per loro. Questo lavoro non è sempre facile perché può capitare che qualche donna abbia un ritardo cognitivo, non è facile riuscire a lavorare ed effettuare un percorso efficace. Arrivano donne che soffrono di disturbi di ansia, quindi, è fondamentale andare a lavorare sul riconoscere il sintomo; quindi, dobbiamo dare un nome a questo malessere. La psicologa mi riferisce che sui grandi traumi a volte lavora con l'MDR, nelle situazioni più gravi. La scelta delle terapie dipende dalla donna e da che tipo di trauma che riconosciamo e quali sono i sintomi.

Arrivano anche donne che sono vittime di tratta degli esseri umani, come per esempio le donne che arrivano dalla Libia. Quindi, c'è l'utilizzo di un mediatore culturale per lavorare con queste donne anche se c'è un problema a livello socioculturale in quanto fa parte di una cultura diversa dalla nostra. C'è un tasso di abbandono molto alto da parte di queste donne immigrate. Da parte delle donne, perché il percorso di terapia funzioni, ci deve essere una motivazione molto forte. Gli esiti si vedono poi nel lungo termine.

Se ci sono bambini di mezzo e c'è una denuncia automaticamente vengono visti in neuropsichiatria, e anche i genitori per quello che riguarda la genitorialità. Percorso di valutazione delle capacità genitoriali; ad una donna vittima di violenza questa valutazione viene fatta in modo diverso tenendo conto del fattore della violenza, in questo caso entra in gioco il tribunale.

Per quanto riguarda i punti forti del CAV, il centro funziona bene perché ci sono diverse figure specializzate e ci sono tante volontarie formate. Una criticità è stata che era presente un'unica psicologa del centro, ma da poco è entrata un'altra psicologa. I tempi di attesa sono un po' lunghi essendoci anche perché per le richieste che hanno sono troppo poche due psicologhe. Per la mediazione culturale non viene fatta formazione quindi le donne immigrate sono svantaggiate per

poter uscire dal ciclo della violenza. In altri luoghi ci sono centri in cui per la mediazione culturale le persone sono più formate e viene fatto un buon lavoro con le donne immigrate.

3.2.5. Le conclusioni

In quest'ultimo capitolo ho cercato di indagare sui vari aspetti del complesso funzionamento di un CAV, a partire dai dati che permettono di comprendere l'entità e le caratteristiche delle donne che soffrono a causa delle violenze di cui sono vittime e successivamente approfondendo i vari ruoli svolti dalle figure di riferimento che lavorano insieme per aiutarle.

Emerge chiaramente come la maggior parte delle donne che hanno subito violenza siano state continuamente sminuite durante l'esperienza, subendo di conseguenza un danno alla loro autostima e l'idea che hanno della propria autoefficacia. Ciò significa che l'azione chiave del CAV deve essere quella di fornire un ambiente non giudicante e offrire supporto emotivo e informazioni alle donne per aumentare la loro consapevolezza della propria situazione e delle risorse messe a disposizione della comunità.

Il CAV rappresenta per molte donne un punto di accesso a una rete di istituzioni e servizi in grado di fornire tali risorse. Quando la rete funziona bene, diventa un promotore di emancipazione femminile e le donne possono diventare sempre più consapevoli delle forme e dei meccanismi della violenza, smettere di colpevolizzarsi per la propria situazione, e avviare un percorso di graduale empowerment.

Emerge altrettanto chiaramente il desiderio da parte di tutte le figure di migliorare il funzionamento della rete di cui fanno parte, identificare i punti di forza e di criticità, e promuovere una collaborazione efficace fra i diversi servizi coinvolti nell'intervento IPV per aumentare la loro capacità di soddisfare i bisogni delle donne. È sicuramente necessario promuovere e rafforzare le attività del CAV, soprattutto fornendo risorse adeguate, nel tentativo di superare limitazioni strutturali legate alle difficoltà del sistema nel garantire parità di accesso al servizio per tutte le donne e nel fornire loro tutto il supporto di cui hanno bisogno.

Bibliografia

- ABEL E.M. (2000), *Psychological treatments for battered women: a review of empirical research*, in «Research on Social Work Practice», 10(1), pp. 55-77.
- ACKER J. (1990), *Hierarchies, jobs, bodies: a theory of gendered organizations*, in «Gendered and society», 4(2), pp. 139-158.
- ACKER J. (1992), *Gendered institutions: from sex roles to gendered institutions*, in «Contemporary sociology» 21(5), pp. 565-569.
- BALDRY A.C. (2002), *From domestic violence to stalking: the infinitive cycle of violence*, in J. BOON - L. SHERIDAN (eds.), *Stalking and psychosexual obsession: psychological perspectives for prevention, policing and treatment*, Chichester, John Wiley and Sons, pp. 83-104.
- BALDRY A.C. (2016), *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*, Milano, FrancoAngeli.
- BARROS D.M. - SERAFIM A. (2008), *Association between personality disorder and violent behavior pattern*, in «Forensic Science International», 179, pp. 19-22.
- BLACK M.C. - BREIDING M.J. (2008), *Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence - United States, 2005*, in «Morbidity and Mortality Weekly Report», 57(5), pp. 113-117.
- BLACK M.C. (2011), *Intimate partner violence and adverse health consequences*, in «American Journal of Lifestyle Medicine», 5(5), pp. 428-439.
- BONURA M.L. (2016), *Che genere di violenza. Conoscere e affrontare la violenza contro le donne*, Trento, Erickson.
- CALVETE E.- CORRAL S.- ESTEVEZ A. (2007), *Cognitive and coping mechanism in the interplay between intimate partner violence and depression*, in «Anxiety, Stress and Comping», 20(4), pp. 369-382.
- CAMPBELL J.C. (2002), *Health consequences of intimate partner violence*, in «The Lancet», 359 (9314), pp. 1331-1336.
- CAVANAUGH M.M. - GELLES R.J. (2005), *The utility of male domestic violence offender typologies: new directions for research, policy, and practice*, in «Journal of Interpersonal Violence», 20(2), pp. 155-166.
- CHA S. - ADAMS M. - WEJNERT C. - NHBS STUDY GROUP (2023), *Intimate partner violence, HIV-risk behaviors, and HIV screening among heterosexually active persons at increased risk for infection*, in «AIDS Care», 35(6), pp. 867-875.
- CLEMENTS C.M. - SAWHNEY D.K. (2000), *Coping with domestic violence: control attributions, dysphoria, and hopelessness*, in «Journal of Traumatic Stress», 13(2), pp. 219-238.
- COLANTONIO A. - VALERA E.M. (2022), *Brain injury and intimate partner violence*, in «The Journal of Head Trauma Rehabilitation», 37(1), pp. 2-4.
- CONCINI E. (a cura di) (2007), *I centri si raccontano. Casa delle donne per non subire violenza di Bologna*. https://centriantiviolenzaer.files.wordpress.com/2015/10/i-centri-si-raccontano_2007.pdf.

CONVENZIONE DEL CONSIGLIO D'EUROPA SULLA PREVENZIONE e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (2011), 11 May 2011. <https://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210>.

COSTELLO K. - GREENWALD B.D. (2022), *Update on domestic violence and traumatic brain injury: a narrative review*, in «Brain Sciences», 12(1), p. 122.

CREAZZO G. (2003). *Mi prendo e mi porto via. Le donne che hanno chiesto aiuto ai Centri anti violenza in Emilia-Romagna*, Milano, FrancoAngeli.

CUCCI G.- O'LEARY K.D.- OLIVARI M.G.- CONFALONIERI E. (2020), *Prevalence, gender and age differences of dating aggression among Italian adolescents*, in «Europe's Journal of Psychology», 16(4), p. 659.

D.I.RE (2008), *I Centri anti violenza: dalla violenza maschile sulle donne alla costruzione di libertà femminili*. <https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2014/06/LizKelly-DefinizioneCentroAntiViolenza.pdf>.

D.I.RE (2017), *Operatrice di accoglienza un profilo in costruzione*. https://www.direcontrolaviolenza.it/wpcontent/uploads/2017/06/Formazione2017_DiRe_LaboratorioCaserta.pdf.

DE BIASI R. (2002), *Cosa è la sociologia della cultura*, Roma, Carrocci.

DEVRIES K.M. - MAK J.Y. - BACCHUS L.J. - CHILD J.C. - Falder G. - PETZOLD M. ASTBURY J. - WATTS C.H. (2013), *Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies*, in «PLoS Medicine», 10(5), e1001439.

DEVRIES K.M. - WATTS C. - YOSHIHAMA M. - KISS L. SCHRAIBER L.B. – DEYESSA N.- WHO MULTI-COUNTRY STUDY TEAM (2011), *Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*, in «Social Science and Medicine» 73(1), pp. 79-86.

DI LELLO FINUOLI M. (2022), *Profili penali della cd violenza ostetrica*, in «Diritto Penale Contemporaneo», (3), pp. 64-86.

DIXON L. - BROWNE K. (2003), *The heterogeneity of spouse abuse: a review*, in “Aggression and Violent Behavior”, 8(1), pp. 107-130.

DIXON L.- BROWNE K.- HAMILTON-GIACHRITSIS C. (2009), *Patterns of risk and protective factors in the intergenerational cycle of maltreatment*, in «Journal of Family Violence», 24, pp. 111-122.

DOBASH R.E., DOBASH R.P. (a cura di) (1998) *Rethinking violence against women*, Thousand Oaks, CA, Sage.

DUTTON D.G. (1995b), *Trauma symptoms and PTSD-like profiles in perpetrators of intimate abuse*, «Journal of Traumatic Stress», 8, 299-316.

DUTTON D.G.- HOLTZWORTH-MUNROE A. (1997), *The role of early trauma in males who assault their wives*, in D. CICCETTI- L. SHREEE (eds.), *Developmental perspectives on trauma: theory, research, and intervention*, Rochester, NY, University of Rochester, pp. 379-401.

DUTTON D.G., PAINTER S.L. (1981), *Traumatic Bonding: the development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse*, «Victimology», 8, 203-212.

ECKHARDT C.I.- MURPHY C.M.- WHITAKER D.J.- SPRUNGER J.- DYKSTRA R.- WOODARD K. (2013), *The effectiveness of interventions programs for perpetrators and victims of intimate partner violence*, in «Partner Abuse», 4(2), pp. 196-231.

EDDLESTON M. - REZVI-SHERIFF M.H. - Hawton K. (1998), *Deliberate self-harm in Sri Lanka: an overlooked tragedy in the developing world*, in «British Medical Journal», 317(7151), pp. 133-135.

EDLESON J.L.- EISIKOVITS Z.- GUTTMAN E. (1985), *Men who batter women: a critical review of the evidence*, in «Journal of Family Issues», 6(2), pp. 229-247.

ELLSBERG M. - Jansen H.A.F.M. - HEISE L. - WATTS C.H. - GARCÍA-MORENO C. - WHO MULTI-Country Study TEAM (2008), *Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study*, in «The Lancet», 371 (9619), pp. 1165-1172.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (EUAFR) (2014), *Violence against women, an EU-wide survey: main results*, Wien, European Union Agency for Fundamental Rights.

FAWOLE O.L. (2008), *Economic violence to women and girls: is it receiving the necessary attention*, in *Trauma, Violence, and Abuse*, 9(3), pp. 167-177.

FERESIN M.- FOLLA N.- LAPIERRE S.- ROMITO P. (2018), *Family mediation in child custody cases and the concealment of domestic violence*, in «Affilia: Feminist Inquiry in Social Work», 33(4), pp. 509-525.

FOA E.B. (1993), *Posttraumatic stress disorder in rape victims*, in «Review of Psychiatry, 12, pp. 273-303.

FOLLINGSTAD D.R.- LAUGHLIN J.E.- POLEK D.S.- RUTLEDGE L.L.- HAUSE E.S. (1991), *Identification of patterns of Wife Abuse*, «Journal of interpersonal violence», 6(2), pp. 187-204.

FONAGY P. (1999), *Male perpetrators of violence against women: an attachment theory perspective*, in «Journal of Applied Psychoanalytic Studies», 1, pp. 7-27.

FRA E. (2014), *Violence against women: an EU-wide survey*, Rep Eur Union Agency Fundam Rights, pp. 1-193.

GARBAGNOLI V. (2001), *Aspetti metodologici e organizzativi dei Centri anti violenza: sociologia e psicoanalisi nelle donne violate*, in «Gruppi», III(1).

GARCÍA-MORENO C. - PALLITTO C. - DEVRIES K. - STÖCKL H. - WATTS C. - ABRAHAM N. (2013), *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, World Health Organization.

GELLES R. (1988), *Violence and pregnancy: are pregnant women at greater risk for abuse*, in *Journal of Marriage and the Family*», 50, pp. 841-847.

GELLES R.J. (1983), *Family Violence*, «*Annual Review of sociology*», 11, pp. 347-367.

GOLDING J. (1999), *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a metaanalysis*, in «*Journal of Family Violence*», 14, pp. 99-132.

GOODE W.J. (1971), *Force and Violence in the Family*, «*Journal of Marriage and the Family*», 33(4), 624-636.

GOODMAN LA. - Koss M.P. - Russo N.F. (1993), *Violence against women: physical and mental health effects. Part I: Research findings*, in «*Applied and Preventive Psychology*», 2(2), pp. 79-89.

HARRIS M. - FALLOT R.D. (2001a), *Envisioning a trauma-informed service system: a vital paradigm shift*, in «*New Directions for Mental Health Services*», 2001(89), pp. 3-22.

HARRIS M. - FALLOT R.D. (2001b), *Using trauma theory to design service systems*, San Francisco, CA, Jossey-Bass.

HART S.N., BRASSARD M.R. (1991), *Psychological maltreatment, progress achieved*, «*Development and psychopathology*», 3, 61-70.

HAYES S. - JEFFRIES S. (2016), *Romantic terrorism? An auto-ethnographic analysis of gendered psychological and emotional tactics in domestic violence*, in «*Journal of Research in Gender Studies*», 6(2), pp. 38-61.

HERMAN J.L. (1992), *Trauma and recovery*, New York, Basic Books.

HOLTZWORTH-MUNROE A. - MEEHAN J.C. - HERRON K. - REHMAN U. - STUART G.L. (2003), *Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time?*, in «*Journal of Consulting and Clinical Psychology*», 71(4), p. 728.

HOLTZWORTH-MUNROE A. - STUART G.L. (1994), *Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them*, in «*Psychological Bulletin*», 116(3), p. 476.

HOWARD L.M. - TREVILLION K. - KHALIFEH H. - WOODALL A. - AGNEW-DAVIES R. - FEDER G. (2010), *Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions*, in «*Psychological Medicine*», 40(6), pp. 881-893.

ISTAT (2015), *Chi sono le donne vittime di violenza*. Disponibile online: <https://www.istat.it/it/violenza-sulledonno/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/chi-sono-le-vittime>.

ISTAT (2019), *Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale*. Disponibile online: <https://www.istat.it/it/archivio/235994>.

JINA R-THOMAS L.S. (2013), *Health consequences of sexual violence against women*, in «*Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*», 27(1), pp. 15-26.

- JOHNSON D.M. - ZLOTNICK C. - PEREZ S. (2008), *Is PTSD in battered women associated with psychiatric morbidity, social impairment, and resource loss independent of trauma severity?*, in «Behaviour Therapy», 39, pp. 232-241.
- JOHNSON D.M. ZLOTNICK C. (2009), *HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters*, in «Professional Psychology: Research and Practice», 40(3), pp. 234-241.
- JOHNSON DM. - ZLOTNICK C. - PEREZ S. (2011), *Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: results of a randomized clinical trial*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 79(4), pp. 542-551.
- JOHNSON M.P. (1995), *Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women*, «Journal of Marriage and the Family», 57, 283- 294.
- JOHNSON M.P., LEONE J.M., XU Y. (2014), *Intimate Terrorism and Situational Couple Violence in General Surveys: Ex-Spouses Required*, «Violence Against Women», 20(2), 186-207.
- JONES L. - HUGHES M. - UNTERSTALLER U. (2001), *Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research*, in «Trauma, Violence and Abuse», 2, pp. 99-119.
- KENDALL PELUCIO M.T. CASALETTO THOMPSON K.P. - BARNES S. PETTIT E. ALDRICH M. (2009), *Impact of emergency department intimate partner violence intervention*, in «Journal of Interpersonal partner violence», 24(2), PP. 280-306.
- KOSS M.P.-KOSS P.G.- WOODRUFF W.J. (1991), *Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization*, in «Archives of Internal Medicine», 151 (2), pp. 342-347.
- KRANTZ G.-GARCIA-MORENO C. (2005), *Violence against women*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 59(10), pp. 818-821.
- KUBANY E. - HILL E. - OWENS J. - IANNICE-SPENCER C. - MCCAIG M. - TREMAYNE K. - Williams P. (2004), *Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW)*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 72(1), pp. 3-18.
- LAGDON S.-ARMOUR C. STRINGER M. (2014), *Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review*, in *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), p. 24794.
- LAWRENCE E. - YOON J. - LANGER A. - RO E. (2009), *Is psychological aggression as detrimental as physical aggression? The independent effects of psychological aggression on depression and anxiety symptoms*, in «Violence and Victims», 24(1), pp. 20-35.
- LEINER A.S. COMPTON M.T. - HOURY D. - KASLOW N.J. (2008), *Intimate partner violence, psychological distress, and suicidality: a path model using data from African American women seeking care in an urban emergency department* in «Journal of Family Violence», 23(6), pp. 473-481.
- LIFSHTITZ J.- CRABTREE-NELSON S.- KOZLOWSKY D.A. (2019), *Traumatic Brain injury in victims of domestic violence*, in «Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing», 15(3), pp. 219-228.

LINDGREN M.S.- RENCK B. (2008), *It is still so deep-seated, the fear: psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence*, in «Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing», 15(3), pp. 219-228

LINTON K.F. (2015), *Interpersonal violence and traumatic brain injuries among Native Americans and women*, in «Brain Injury», 29, pp. 639-643.

LIU X. - LOGAN J. - ALHUSEN J. (2020), *Cardiovascular risk and outcomes in women who have experienced intimate partner violence: an integrative review*, in «Journal of Cardiovascular Nursing», 35(4), pp. 400-414.

LUBERTI R. - GRAPPOLINI C. (2021), *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli: percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.

MAMAN S. - CAMPBELL J.C. - SWEAT M. - GIELEN A.C. (2000), *The intersection of HIV and violence: directions for future research and interventions*, in «Social Science and Medicine», 50, pp. 459-478.

MANCHIKANTI GÓMEZ A. (2011), *Testing the cycle of violence hypothesis: child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in young adulthood*, in «Youth and Society», 43(1), pp. 171-192.

MESSINGER A.M., FRY D.A., RICKERT V.I., CATALLOZZI M., DAVIDSON L.L. (2014), *Extending Johnson's Intimate Partner Violence Typology: Lessons From an Adolescent Sample*, «Violence Against Women», 20(8), 948-971. doi:10.1177/1077801214546907.

NOVELLA L.- TAGLIABUE E. (2016), *Intimate partner violence e disturbi di personalità: uno studio meta analitico*, in «Rassegna italiana di criminologia», (1), pp. 42-53.

OGDEN S.N. - DICHTER M.E. - BAZZI A.R. (2022), *Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: a systematic review*, in «Addictive Behaviors», 127, 107214.

ØRKE EC, BJØRKLY S, DUFORT M, VATNAR S.K.B. (2021), *Attachment characteristics among women victimized in no, one, and multiple IPV relationships: a case-control study*, in «Violence Against Women», 27(15-16), pp. 2945-2970.

PAGELOW M. (1979), "Research on woman battering", in Fleming J.B. (a cura di), *Stopping wife abuse*, New York, Anchor.

PEREIRA M.E.- AZEREDO A.- MOREIRA D.- BRANDAO I.- ALMEIDA F. (2020), *Personality characteristics of victims of intimate partner violence: a systematic review*, in «Aggression and Violent Behavior», 52, p. 101423.

PEREZ S. - JOHNSON D.M.-WRIGHT C.V. (2012), *The attenuating effect of empowerment on IPV-related PTSD symptoms in battered women living in domestic violence shelters*, in «Violence Against Women», 18(1), pp. 102-117.

PHILLIPS H. - WARSHAW C. - KAEWKEN O. (2020), *Literature review: intimate partner violence, substance use coercion, and the need for integrated service models*, Chicago, IL, National Center on Domestic Violence, Trauma, and Mental Health.

REALE E. (2021), *La violenza invisibile sulle donne*, Milano, FrancoAngeli.

REGIONE LOMBARDIA (2017a), *Termini e modalità di attivazione di nuove reti territoriali interistituzionali anti violenza e nuovi centri anti violenza per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne*.

<https://www.bandi.regione.lombardia.it/procedimenti/new/api/bandi/bando/allegato/download/8a5b205a72a7e8550172c613763d7101>.

RENZETTI C.M. (2013), *Identified intimate partner violence (IPV) as a risk for women in contracting HIV/AIDS and other sexually transmitted disease*, in «Violence Against Women», 19(7), pp. 811-813.

RISMAN B.J. – DAVIS G. (2013), *From sex roles to gender structure*, in «Current Sociology» 61(5-6), pp. 733-755.

ROBERTS A.R. (1987), *Psychological characteristics of batterers: a study of 234 men charged with domestic violence offenses*, in «Journal of Family Violence», 2, pp. 81-93.

ROMITO P. (2005), *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Milano, FrancoAngeli.

ROY M. (1982), *The abusive partner*, New York, Reinhold.

RUIZ-PÉREZ I. - PLAZAOLA-CASTAÑO J. Del Río-Lozano M. (2007), *Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women*, in «European Journal of Public Health», 17(5), pp. 437-443.

SACKETT L.A. - SAUNDERS D.G. (1999), *The impact of different forms of psychological abuse on battered women*, in «Violence and Victims», 14(1), pp. 105-117.

SAUNDERS D.G. (1999), *Wife battering*, in R.T. AMMERMAN- M. HERSON (eds.), *Assessment of family violence: a clinical and legal sourcebook*, New York, Wiley and Sons.

STEFANIZZI L. (a cura di) (1991), *Senza scampo: una ricerca sulla violenza coniugale a Milano*, Centro Nazionale di Difesa e Prevenzione Sociale, Milano, Centro stampa della regione Lombardia.

STEIN M.B. - KENNEDY C. (2001), *Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence*, in «Journal of Affective Disorders», 66(2-3), pp. 133-138.

STEINMETZ S.K. (1978), *The battered husband syndrome*, «Victimology», 2, 499-509.

STRAUS M.A.- GELLES R.J. (1979), "Determinants of violence in the family: toward a atheoretical integration", in Burr W., Hill R., Nye F., Reiss I. (a cura di), *Contemporary theories about the family*, New York, Free Press.

STRAUS M.A., GELLES R.J., STEINMETZ S. (1980), *Behind closed doors: violence in the American family*, New York: Garden City.

TERRAGNI L. (2000), "Le definizioni di violenza", in Adami C. (a cura di), *Strumenti di lavoro per interventi con orientamenti di genere*, Milano, FrancoAngeli.

TERRAGNI L., STEFANIZZI L. (1993), *La violenza nel matrimonio a Milano. I risultati di una ricerca empirica*, «Sociologia del diritto», 3, 45-68.

TERRES DES HOMMES (2022), *Indifesa. La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo*. Disponibile online: https://terredeshommes.it/indifesa/pdf/Dossier_indifesa_tdh_2022.pdf

TOLAN P., GORMAN-SMITH D., HENRY D., (2006), Family violence, «Annu. Rev. Psychol», 57, 557-583.

TOPLU-DEMIRTAS E.- HATIPOGLU-SUMER Z. (2021), *Aggression begets aggression: psychological dating aggression perpetration in young adults from the perspective of intergenerational transmission of violence*, in «Current Psychology», pp. 1-13.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2014), *SAMHSA's concept of trauma and guidance a trauma-informed approach*. Disponibile online: <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>.

VAN DER KOLK B. (2015), *Il corpo accusa il colpo: mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

WALBY S.- ALLEN J. (2004), *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British crime survey*, London, Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

WALKER L. (1979), *The battered woman*, New York, Harper Row.

WALKER L.E. (1979), *The battered women syndrome*, New York, Springer.

WALKER R. - SHANNON L. - LOGAN T.K. (2011), *Sleep loss and partner violence victimization*, in «Journal of Interpersonal Violence», 26(10), pp. 2004-2024.

WALTZ J.- BABCOCK J.C.- JACOBSON N.S.- GOTTMAN J.M. (2000), *Testing a typology of batterers*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 68, pp. 658-669.

WOODS S.J. - HALL R.J. - CAMPBELL J.C. - ANGOTT D.M. (2008), *Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence*, in «The Journal of Midwifery and Women's Health», 53(6), pp. 538-546.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996), *Report of the WHO global consultation on violence and health*, Geneva, Unpublished report.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2021), *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONS (2021), *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*, World Health Organization.