



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TRIESTE**

## **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE**

### **XXXIV CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA IN**

SCIENZE DELLA RIPRODUZIONE E DELLO SVILUPPO

### **VIOLENZA SULLE MADRI E VIOLENZA ASSISTITA INTRAFAMILIARE DA UN OSSERVATORIO PEDIATRICO**

Settore scientifico-disciplinare: MED/38 PEDIATRIA GENERALE E SPECIALISTICA

**DOTTORANDO / A  
FEDERICA ANASTASIA**

**COORDINATORE  
PROF. PAOLO GASPARINI**

**SUPERVISORE DI TESI  
DR CLAUDIO GERMANI**

**CO-SUPERVISORE DI TESI  
PROF. EGIDIO BARBI**

**ANNO ACCADEMICO 2020/2021**

*Dedicato alla mia Famiglia, dal profondo del cuore,  
alle mie Radici e ai miei Maestri e Maestre,  
che hanno continuato a credere in me anche nei miei momenti più buii.  
Grazie per esserci sempre e comunque!*

*Con Amore,*

*Federica*

*“There can be no keener revelation of a society’s soul than the way in which it treats its children.”*

*Nelson Mandela, Former President of South Africa*

## INDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPITOLO 1 - BACKGROUND TEORICO - LETTERATURA.....</b>	<b>11</b>
1.2 Violenza sulle donne: epidemiologia, esiti immediati e a distanza .....	15
1.3 Violenza su minori: epidemiologia, esiti immediati e a distanza .....	18
1.4 La violenza assistita – approfondimenti .....	21
1.5 La violenza durante l'emergenza sanitaria .....	22
<b>CAPITOLO 2 - LA RICERCA: MATERIALI E METODI.....</b>	<b>24</b>
2.1 Obiettivi dello studio .....	24
2.2 Tipologia di studio .....	24
2.3 Campione .....	24
2.4 Procedura .....	25
2.5 Strumenti.....	27
2.6 Tempistica (cronoprogramma) .....	28
2.7 Analisi statistica .....	29
<b>CAPITOLO 3 - RISULTATI.....</b>	<b>31</b>
3.1 Il campione .....	31
3.2 I risultati.....	31
3.3 Prevalenza violenza assistita.....	32
3.4 Madri - caratteristiche socio-demografiche, anamnestiche e cliniche.....	33
3.5 Minori - caratteristiche socio-demografiche, anamnestiche e cliniche.....	55
3.6 Minori - Diagnosi di dimissione .....	57
<b>CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....</b>	<b>59</b>
4.1 Discussione .....	59
4.2 Limiti, punti di forza e prospettive future.....	64
4.3 Conclusioni .....	65
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....</b>	<b>71</b>
<b>SITOGRAFIA.....</b>	<b>85</b>
<b>APPENDICE – GLI STRUMENTI DELLA RICERCA.....</b>	<b>87</b>
ALLEGATO 1 – WOMAN ABUSE SCREENING TOOL (WAST)- VERS. IT.....	87
ALLEGATO 1 – WOMAN ABUSE SCREENING TOOL (WAST)- VERS. EN....	88
ALLEGATO 2 - QUESTIONARIO ANONIMO DI RICERCA SULLA SALUTE DELLE DONNE.....	89

ALLEGATO 3 - SCHEDA RILEVAZIONE DATI RELATIVI AL MINORE .....	97
<b>RINGRAZIAMENTI .....</b>	<b>99</b>

## ABSTRACT

Introduzione: La violenza sui minori è uno dei maggiori problemi di sanità pubblica e tra le principali cause di mortalità nella prima infanzia. La violenza assistita è una delle forme in cui si manifesta la violenza su minori, la cui rilevazione necessita del preliminare riconoscimento della violenza intrafamiliare diretta. Aver subito una forma di violenza, diretta o assistita, durante l'infanzia o adolescenza si associa ad un aumentato rischio di sviluppare problematiche psicologiche, sociali, comportamentali e organiche. Un bambino/a che vive in un contesto di violenza domestica ha un rischio significativamente maggiore di subire violenza diretta. Intercettare precocemente la violenza domestica, diviene fondamentale sia per interventi efficaci a protezione di donne e minori, sia in ottica preventiva.

Il pronto soccorso pediatrico, risulta, a questo scopo, un contesto privilegiato per condurre ricerche sulla violenza su donne e minori, in accordo con le linee-guida dell'OMS.

Obiettivo: Valutare la frequenza della violenza assistita in una popolazione di bambini/e che afferiscono ad un Pronto Soccorso Pediatrico (PED) in Italia durante la pandemia di Covid, ricercando la violenza intima da partner (IPV) nella madre, e definire le caratteristiche della diade madre – figli/e.

Metodi: studio monocentrico, osservazionale, cross-sectional, con raccolta dati condotta da febbraio 2020 a gennaio 2021. Alle madri di bambini sottoposti a osservazione clinica o ricovero in reparto è stato fornito un questionario, che includeva il Woman Abuse Screening Tool (WAST) e domande sui dati di base, socio-demografici, e sulla propria salute. Le informazioni, socio-demografiche, anamnestiche e cliniche, sui bambini/e sono state registrate dal medico di riferimento.

Analisi statistica: l'analisi descrittiva è stata riportata come frequenza e percentuale per le variabili categoriali e come mediana e intervallo interquartile (IQR) per le variabili quantitative. Madri e bambini risultati positivi e negativi rispettivamente per IPV e violenza assistita sono stati confrontati con il test del chi quadrato o il test di Exact Fisher per le variabili categoriali e con il test di Wilcoxon-Mann-Whitney per le variabili continue. Il programma SPSS ha supportato l'analisi statistica.

Risultati: 212 diadi madre-figlio hanno partecipato allo studio. Novantatre (43,9%) donne hanno mostrato un punteggio WAST positivo. Le madri risultate positive erano principalmente italiane (71% vs 29%,  $p=0,003$ ), mostravano un livello di istruzione più basso (età media all'abbandono scolastico 19 aa vs 23 aa,  $p=0,0002$ ), una maggiore

frequenza di disoccupazione (45,2%,  $p=0,001$ ) e dichiaravano uno stato di salute personale non buono (57.0%,  $p=0,001$ ). I figli di madri risultate positive hanno mostrato una maggiore incidenza di stati psico-emotivi anormali ( $p=0,002$ ) e disturbi del sonno (26,9%,  $p=0,04$ ).

Conclusioni: durante la pandemia di Covid l'IPV nella popolazione di madri in cerca di cure per i propri figli è stata frequente, maggiore di quanto già noto in letteratura, il doppio rispetto alle previsioni, con un impatto profondo sulla salute psico-fisico-emotiva di madri e figli/e e un'elevata necessità di welfare.

## INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la violenza contro i minori come uno dei maggiori problemi di sanità pubblica: nei paesi ad alto tenore economico, il maltrattamento è una delle principali cause di mortalità nella prima infanzia.(1-3) È difficile fornire delle stime reali della prevalenza del maltrattamento nell'infanzia, in quanto solo una minoranza di casi vengono identificati (10%) rispetto alla totalità di quelli che restano sommersi.(1,4-5) Le conseguenze del maltrattamento sulla salute del minore possono essere dirette (lesioni fisiche di variabile gravità, fino alla morte) o indirette (esiti a distanza come patologie organiche e disturbi psico-relazionali).(1-2,4)

La violenza assistita è una delle forme nelle quali si manifesta la violenza su minori. Per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire da parte del bambino/a e/o dell'adolescente di qualsiasi forma di maltrattamento su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori, compiuta attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, nonché atti persecutori (c.d. stalking).(6) Si include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici e da allevamento.(7) Il/la bambino/a o l'adolescente può farne esperienza direttamente quando la violenza avviene nel suo campo percettivo, indirettamente quando il minore è a conoscenza della violenza, e/o percepisce gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici. È una forma di maltrattamento la cui rilevazione necessita del preliminare riconoscimento della violenza intrafamiliare diretta.(6-7)

Una survey europea condotta dal Fundamental Rights Agency (FRA) (8) ha evidenziato come in Italia, il 19% delle donne dichiara di aver subito nel corso della vita violenze fisiche o sessuali da un partner o ex-partner; il 38% ripetuti e multipli abusi psicologici; il 9% "stalking". Secondo i dati dell'OMS una donna su tre è stata vittima di violenza fisica e sessuale perpetrata dal proprio partner.(9) L'esposizione alla violenza domestica durante l'infanzia/adolescenza varia dall'8 al 25% a seconda delle casistiche.(10) Nell'80% dei casi l'autore della violenza è il padre del bambino o un'altra figura maschile presente nella famiglia.(9,11) Secondo i dati ISTAT del 2015, in Italia il fenomeno della violenza assistita è frequente: tra le donne che hanno denunciato violenze ripetute subite dal partner, il 65,2% ha dichiarato che i figli hanno assistito ad uno o a più di questi episodi.(10) Nel 2006 il dato era del 61,4%.(12) Circa la metà dei bambini o adolescenti vittime di violenza assistita ha subito altre forme di maltrattamento.(13) Un bambino che vive in un contesto di violenza domestica ha



infatti un rischio significativamente maggiore di subire violenza diretta.(6-9,13-14)

Aver subito una forma di violenza, diretta o assistita, durante l'infanzia o adolescenza si associa ad un aumentato rischio di sviluppare problematiche psicologiche, sociali, comportamentali e organiche (15-18); studi scientifici sul tema sottolineano come l'esposizione a tale violenza in età pediatrica possa aumentare la probabilità di ricadere in comportamenti malsani ed avere problemi di salute in età adulta (incluso l'abuso di sostanze e depressione).(19) Indagare attivamente la presenza di esposizione alla violenza durante l'infanzia viene considerata la *best practice* da parte dell'American Academy of Pediatrics Bright Future Program e nel rispetto della Convenzione d'Istanbul.(20, 21)

Visto che negli ultimi decenni è aumentato esponenzialmente il ricorso ai servizi di emergenza medica per problematiche di salute mentale o per sintomi fisici ad eziologia non organica riguardanti minori (22-23), il pronto Soccorso Pediatrico può rappresentare un osservatorio privilegiato per intercettare situazioni di violenza (come descritto in letteratura, 24-25), ma anche una possibile sede per avviare eventuali interventi. Un numero molto elevato di bambini vi accede infatti ogni anno; nei casi con problematicità più complessa il bambino, accompagnato dalla madre, richiede un ricovero e/o l'Osservazione Temporanea (OT) e/o l'Osservazione Breve Intensiva (OBI); se il bambino è ricoverato, durante il tempo di degenza aumentano le possibilità che la madre resti da sola e sia disponibile alla compilazione dei questionari di ricerca, nel rispetto delle linee guida della ricerca sulla violenza su donne e minori.(9,26-27) Inoltre, la possibilità di rilevare l'esposizione a violenza assistita e di classificare la diagnosi di dimissione del minore come organica e non organica consente di valutare se la prevalenza è diversa nei due gruppi.

L'obiettivo principale di questo studio è definire la prevalenza di violenza assistita, in una popolazione afferente al Pronto Soccorso Pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo che poi venga trattenuta in OT e/o ricovero e/o OBI. Mancando uno strumento validato per la valutazione della violenza assistita, questa sarà dedotta indirettamente, come viene fatto nelle grandi inchieste nazionali e internazionali ISTAT e FRA, rilevando la violenza sulla donna da parte del partner, dato che, sulla base delle definizioni riportate sopra, la violenza subita dalla madre configura necessariamente una situazione di violenza assistita.

Obiettivo secondario del nostro studio è descrivere la popolazione risultata positiva allo screening per violenza assistita in termini di caratteristiche anagrafiche, anamnestiche e

cliniche, tra cui anche la diagnosi di dimissione per patologia organica e per patologia funzionale/psichiatrica e confrontarla con quella risultata negativa.

## CAPITOLO 1 - BACKGROUND TEORICO - LETTERATURA

### 1.1 La Violenza verso donne e minori – definizioni e tipologie

La violenza in genere e, nello specifico, la violenza di genere, nelle connotazioni di violenza su donne e minori è un fenomeno complesso e intriso di molti aspetti, che richiede, a mio avviso, un'introduzione ed approfondimento adeguati.(1,7,21) Con l'intento di poter comprendere meglio le basi teoriche del tema e dello studio stesso e fornire degli strumenti adeguati, per poterlo leggere in toto, verranno, di seguito, introdotti contenuti, termini specifici e significati annessi, che delineano il quadro delle varie tipologie di violenza su donne e minori, la loro frequenza e i possibili esiti a breve, medio e lungo termine, esiti diretti, psicologici, neurocognitivi e neurobiologici. La violenza rappresenta un grave problema politico, sociale, culturale e di salute pubblica e le sue radici sono sociali, politiche e culturali e le conseguenze anche sanitarie.(1,21,28) Per comprendere la violenza sui minori diviene fondamentale partire dalla violenza sulle donne, le loro madri, in quanto sono fenomeni interconnessi e le tecniche e strategie di occultamento delle stesse si muovono spesso tra le pieghe della minimizzazione, separazione ed eufemizzazione, rendendo difficile dare un nome a ciò che c'è e poter utilizzare gli strumenti già esistenti per intervenire e/o prevenire.(29) Contestualizzarla e conoscerne i termini, permette di approfondire il tema e comprenderne meglio la portata, i rischi e l'importanza di una prevenzione adeguata a tutti i livelli.(30-31)

L'OMS, 2002, (1) definisce la **violenza** come:

*“L'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro sé stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione.” (OMS, 2002)*

La Convenzione di Istanbul, (21) inoltre, definisce la **violenza di genere** una *“violazione dei diritti umani”*, specificando quanto segue:

*“(…) si precisa che, con il termine “**genere**” ci si riferisce a ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una determinata società considera appropriati per donne e uomini, mentre per “**violenza domestica**” si intendono tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno*

della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima; mentre invece, l'espressione "**violenza contro le donne basata sul genere**" indica qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale e che colpisce le stesse in modo sproporzionato. È importante riconoscere che nel termine donne sono comprese anche le ragazze che hanno meno di 18 anni. Ne consegue uno scopo preciso che è volto a garantire la promozione e la protezione del diritto di ciascun essere umano a vivere libero dalla violenza nel contesto della vita pubblica e privata. La Convenzione deve essere applicabile sia in tempo di pace che nei conflitti armati (quando le violenze sulle donne sono spietate). Rilevato che la discriminazione di genere costituisce facile terreno per la tolleranza della violenza contro le donne, la Convenzione chiede agli Stati l'adozione di tutte le norme per garantire la concreta applicazione del principio di parità tra i sessi corredate dall'applicazione di sanzioni. In proposito, gli Stati Parte adottano anche le misure legislative e di altro tipo necessarie per esercitare la debita diligenza nel prevenire, indagare, punire i responsabili e risarcire le vittime di atti di violenza commessi da soggetti non statali che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione. Attuano inoltre politiche efficaci volte a favorire la parità tra le donne e gli uomini e l'emancipazione e l'autodeterminazione." (21)

Approfondendo e chiarendo maggiormente la connessione tra la violenza sulle donne, madri e i loro figli/e, la Convenzione stessa specifica, per quanto riguarda **la violenza domestica**: "L'atto di violenza perpetrata non è più riferita unicamente alla donna maltrattata, ma, estendendo ambito e dimensione, include anche la dinamica familiare e di coppia. Da un lato, non si potrà più prescindere dal soggetto maltrattante, l'uomo aggressivo e manesco - marito, compagno, padre - e, dall'altro, dai soggetti minori che, indirettamente coinvolti, subiscono e vivono in un clima viziato dalle intimidazioni e offese." (21)

La violenza sulle donne può assumere diverse forme che difficilmente si trovano in forma isolata, ma più spesso emergono come co-presenti nelle dinamiche tra la donna e partner o ex-partner, e che sintetizzo di seguito (30,32):

- **violenza fisica**: qualsiasi forma di aggressività e di maltrattamento contro le donne, contro il loro corpo e le cose che a loro appartengono. Spesso è esercitata con forza, per determinare nella donna un ruolo di sottomissione (ad es. picchiare, con o senza oggetti, spintonare, tirare per i capelli, dare schiaffi, pugni, calci, strangolare,

ustionare, ferire con un coltello, torturare, uccidere);

- **violenza psicologica e/o verbale:** attacchi diretti a colpire la dignità personale, forme di mancanza di rispetto, atteggiamenti volti a ribadire continuamente uno stato di subordinazione e una condizione di inferiorità (ad es. minacciare, insultare, umiliare, attaccare l'identità e l'autostima, isolare, impedire o controllare le relazioni con altri, seguire, rinchiudere in casa, gaslighting<sup>1</sup>, love bombing<sup>2</sup>);
- **violenza sessuale:** qualsiasi imposizione di coinvolgimento in attività e/o rapporti sessuali senza il proprio consenso, sia all'interno che al di fuori della coppia. Spesso comporta aggressioni fisiche quali lo stupro, il tentativo di stupro, lo stupro di gruppo, o con un parente, amico, un collega, che non accettano il rifiuto (ad es. battute a sfondo sessuale, telefonate oscene, contatti intenzionali con il corpo, avances sempre più pesanti, atti o rapporti sessuali non voluti, imporre visione di materiale pornografico, imporre gravidanze, obbligare alla prostituzione);
- **violenza economica:** forme dirette ed indirette di controllo sull'indipendenza economica, che limitano e/o impediscono di disporre di denaro, fare liberamente acquisti, avere un proprio lavoro (ad es. sottrarre lo stipendio, rinfacciare spese, obbligare a lasciare il lavoro o impedire di trovarsene uno, appropriazione di beni, esclusione dalle decisioni economiche familiari);
- **stalking:** violenza psicologica che si manifesta in vere e proprie persecuzioni e molestie assillanti allo scopo di indurre la persona ad uno stato di allerta, di emergenza e di stress psicologico (include telefonate, sms, e-mail, continue visite indesiderate, pedinamenti, raccolta informazioni personali, persecuzioni crescenti, minacce); avviene di solito dopo la separazione della coppia;
- **cyber-violenza:** azioni aggressive ed intenzionali, eseguite attraverso strumenti elettronici (sms, mms, immagini, foto o video, chiamate telefoniche, e-mail, chat rooms, siti web, offensivi e molesti), da una persona singola o da un gruppo, che mirano deliberatamente a far male o a danneggiare un'altra persona, che non può facilmente difendersi, si ripetono nel tempo, per settimane, mesi, talvolta, anni (ad es. revengeporn, cyberbullismo, cyber-harassment, cyberstalking, flaming, denigrazione, sostituzione di persona, rivelazioni e inganno, esclusione, malicious

---

<sup>1</sup> “*Gaslighting o gas-lighting*” è una forma di abuso psicologico in cui una vittima viene manipolata per dubitare della propria memoria, percezione e sanità mentale. Le forme in cui si attua possono variare dal diniego da parte di chi agisce violenza che precedenti incidenti abusivi siano mai avvenuti fino alla messa in scena di eventi bizzarri da parte dell'autore di violenza con l'intenzione di disorientare la vittima.

<sup>2</sup> “*Love bombing*” è un tentativo di influenzare la volontà, consenso e comportamento, intenzionalmente, di una persona con generose dimostrazioni di attenzione e affetto. L’“amore” è finto e la pratica è manipolazione psicologica per creare un sentimento di unità, fiducia, amicizia, amore, coinvolgimento, plagio, da parte di un singolo o gruppo, nei confronti della vittima.

code); anch'essa avviene di solito dopo la separazione della coppia.

La violenza sui minori, parimenti alla violenza sulle donne, è un fenomeno trasversale, che tocca le diverse etnie, culture, credo religiosi, classi sociali, status socio-economico, età e livelli di istruzione (30-31) ed è considerata uno dei principali problemi di sanità pubblica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.(1)

Per "maltrattamento sui/sulle minori" si intende qualsiasi forma di maltrattamento fisico ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza, sfruttamento o altro, tali da costituire un pregiudizio reale o potenziale per il bambino/a, a livello psicofisico, per la sua salute, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo e la sua dignità, all'interno di una relazione distinta da responsabilità, fiducia e potere.(1,33-34)

Il maltrattamento sui/sulle minori, come per le donne e/o madri, si può manifestare in diverse forme, spesso combinate e con la costante della violenza psicologica, che possono includere (1,30-31,33-34,):

- **violenza fisica:** qualsiasi tipo di aggressione, attacco, colpo alla persona in senso fisico;
- **violenza psicologica:** qualsiasi forma visibile o mascherata di aggressione, attacco, colpo a livello psicologico, per cui comportamenti, pressioni, intimidazioni, ricatti, minacce, strumentalizzazioni, adultizzazioni, esposizione a comportamenti verbali e non solo, svalutazioni, ridicolizzazioni, vittimizzazioni, minimizzazioni, a cui il minore non ha la struttura e la capacità di reggere;
- **violenza sessuale:** utilizzo della forza, del potere o del rapporto di amore e fiducia volto al soddisfacimento, da parte del minore, delle esigenze sessuali dell'adulto, con o senza contatto fisico;(35)
- **incesto:** riferito a rapporto sessuale fra due persone fra le quali esistano determinati vincoli di consanguineità, parentela o di affinità;(36)
- **trascuratezza grave o incuria:** omissione e/o negligenza nelle cure alla persona, nel soddisfacimento dei bisogni primari del minore;
- **abuso o trascuratezza istituzionale:** nel caso specifico in cui gli autori sono coloro i quali hanno in carico i minori per ragioni di cura, affido, decreto, tutela, ect.(30)
- **violenza assistita intrafamiliare:** tutte le forme di violenza compiute all'interno dell'ambito familiare, sia direttamente sul minore, che indirettamente, quando è

percepita, vista, colta, incluso quella su animali (detta violenza su animali domestici). (6-7,30,33-34)

Il centro dovrebbe essere il/la minore, come sottolineato nel *“The best interest of the Child”*, focus nella Convenzione Internazionale sui Diritti dell’Infanzia, a guida di tutte le figure coinvolte quando si tratta di minori, nei diversi processi, nelle diverse fasi e aree di intervento.(37-38)

*“Le radici della violenza: la ricchezza senza lavoro, il piacere senza coscienza, la conoscenza senza carattere, il commercio senza etica, la scienza senza umanità, il culto senza sacrifici, la politica senza principi.”*

*Mahatma Gandhi*

## **1.2 Violenza sulle donne: epidemiologia, esiti immediati e a distanza**

*“La violenza domestica: tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica, che si verificano all’interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner”*

Consiglio d’Europa, 2011 (21)

Violenze da un partner o un ex-partner, in Italia:

- 19% delle donne ha subito violenze fisiche o sessuali
- 38% ha subito violenza psicologica
- 9% ha subito stalking

FRA, 2014 (8)

La separazione non è sicurezza di essere in salvo, ma diviene un continuum di violenze (39) e luogo in cui la volontà e il tentativo dell’uomo violento di continuare ad esercitare controllo su donna e figli/e trova ulteriore spazio.(40-42)

Tra le donne separate da un partner violento (8), il 91% ha subito violenze fisiche o sessuali durante la relazione e il 49% le subisce anche durante o dopo la separazione. Inoltre, 3 donne su 4 (76%) subiscono violenza dall’ex partner anche dopo la fine della

relazione.(41) Il post-separazione rappresenta un momento a rischio incremento violenza (39,41,43) e le donne con figli/e risultano essere molto più a rischio rispetto a quelle senza figli/e.(44)

In uno studio svolto in Gran Bretagna (45) su 55 donne, separate da un uomo violento e seguite per 2 mesi, è emerso che: 52 sono state aggredite dagli ex durante le visite per “scambiarsi” i bambini/e; una donna è stata uccisa e 21 bambini/e su 53 sono stati abusati fisicamente o sessualmente dal padre durante le visite. Ricerche con risultati simili in Stati Uniti, Canada, Australia, Danimarca, Svezia.(34)

I dati che emergono sulla popolazione generale sottolineano la trasversalità della violenza, anche in termini geografici. Riportiamo qualche esempio: in uno studio condotto in Canada, tra le donne che nei 5 anni precedenti hanno avuto qualche rapporto con l'ex, il 39% subisce da lui violenze gravi e ripetute; tutte subiscono violenze psicologiche; se ci sono figli/e, assistono alle violenze in 2 casi su 3 (46); in Francia, tra le donne che nell'ultimo anno hanno avuto qualche rapporto con l'ex partner, il 17% subisce violenze da lui; tra quelle che hanno figli/e, il 90% subisce violenze (47) ed in Italia, la ricerca di EURES (48) e Ansa (2012) (49) riporta che 2/3 dei femminicidi avviene nei 3 mesi dalla fine di una relazione con un uomo violento.

La violenza contro le donne rappresenta un grave fenomeno politico, sociale, culturale e di salute pubblica.(1-2,8,50) Le radici della violenza sono sociali, politiche, culturali e le conseguenze anche sanitarie.(1-2,8,50) Si rilevano conseguenze anche in termini di ricaduta economica sul sistema sanitario pubblico: Intervita Onlus e il Ministero per le Pari Opportunità, nel 2013, ha stimato un costo totale annuo, della violenza sulle donne, di 16,7 miliardi di euro, di cui 1,77 miliardi di costi diretti, sanitari, per consulenze psicologiche, farmaci, ordine pubblico, spese legali, costi dei servizi sociali comunali e centri antiviolenza.(51)

*«A livello mondiale, si stima che la violenza sia una causa di morte o disabilità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti del traffico e della malaria combinati insieme.»*

OMS, 1997 (28)

L'impatto della violenza può toccare la salute fisica, psicologico-relazionale, comportamentale e sessuale riproduttiva. Gli esiti possono essere a breve, medio e/o



lungo termine; diretti e indiretti (mediati da meccanismi comportamentali e biologici, attraverso risposte neuronali, neuroendocrine e immunitarie complesse e interconnesse allo stress acuto e cronico).(18,50,52-57) Dalla letteratura emerge un accesso maggiore delle donne vittime di violenza ai servizi sociosanitari (tre volte più spesso), un maggiore uso e abuso di psicofarmaci, un maggior numero di giorni lavorativi persi ed un maggior rischio di invalidità.(1,58)

Da studi condotti, emerge che in Italia, ha subito violenze nell'ultimo anno: il 12% delle donne ricoverate per IVG (59), il 14% di coloro che si rivolgono al pronto soccorso (60) ed il 9% tra le utenti dei medici di medicina generale.(61) Più del 30% delle pazienti psichiatriche sono state esposte a violenza dal partner o sessuale ed il 60% dei professionisti della salute mentale riferisce di non avere conoscenze adeguate e desiderare una maggiore istruzione su questi temi.(62) Questo a sottolineare la trasversalità della violenza e delle sue conseguenze e l'impatto sulla salute psico-fisica-emotiva.(50,63-64)

Nel 2017, nel mondo, sono state uccise intenzionalmente 87.000 donne, 137 al giorno in media, e il 58% da (ex) partner o da membro della famiglia.(65) Le donne esposte alla violenza da partner hanno una maggior probabilità di soffrire di depressione (due volte maggiore), di abusare di alcool, di avere neonati sottopeso al momento della nascita (+16%), di contrarre HIV e infezioni da sifilide (1,5 volte maggiore), di subire lesioni da violenza fisica e/o sessuale (+42%) e di morte (+38%).(50)

L'impatto della violenza tocca "corpo", "psiché", "mente" e "spirito".( 50,58,62,66-68)  
Le ripercussioni possono includere conseguenze:

- **fisiche** - lesioni addominali, lividi, mal di testa, mal di schiena, mobilità limitata e scarsa salute generale, sindrome da dolore cronico, disabilità, fibromialgie, fratture, disturbi gastrointestinali, disturbi neurologici, sindrome dell'intestino irritabile, lacerazioni e abrasioni, danni oculari, funzionalità fisica ridotta, ipertensione, cancro, malattie cardiovascolari (30,50,69-72);
- **psicologico-comportamentali** - ansia, senso di colpa e vergogna, scarsa autostima, paure, fobie e attacchi di panico, abuso di alcol e droghe, disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno, disturbi psicosomatici, disturbo post-traumatico da stress (PTSD), comportamenti sessuali a rischio, comportamento suicida o autolesionista, psicosi, sfaldamento della rete di relazioni e isolamento sociale (es: una donna vittima di

violenza corre un rischio di depressione dalle 5 alle 6 volte maggiore di chi non ne è vittima; il rischio di tentato suicidio è di 26 volte maggiore tra chi ha subito violenze rispetto a chi non ne ha fatto esperienza (47,50,61,73);

- **sessuali riproduttive** - disturbi ginecologici, sterilità, malattia infiammatoria pelvica, disfunzioni sessuali, gravidanze indesiderate, malattie sessualmente trasmesse. Il rischio di aborto è raddoppiato, 41% di probabilità in più di parto prematuro.(30,50)

Kelly, in “Finding the cost of freedom”, 2014, (39) cita:

*“Women’s experiences of domestic violence and other forms of abuse are linked to physical and sexual health problems as well as mental illness, including anxiety and panic attacks, depression, post-traumatic stress, self-harm and suicide (Scott et al., 2013). Abuse can also lead to problematic substance use and eating disorders. Research suggests that women who experience domestic violence have twice the level of usage of general medical services and between three to eight times the levels of usage of mental health service (WNC, 2010). Health professionals are therefore an important resource.”*

### **1.3 Violenza su minori: epidemiologia, esiti immediati e a distanza**

La violenza contro i minori è considerata uno dei principali problemi di sanità pubblica dall’Organizzazione Mondiale della Salute (1), sia in termini di portata, trasversalità del fenomeno, molteplicità di tipologie, stretta correlazione tra violenza domestica sulle donne e maltrattamenti sui minori, sia in termini di conseguenze per la salute psico-fisica, dinamica comportamentale e/o eventuale devianza. Spesso coesistono più forme di maltrattamento, con una stretta correlazione tra maltrattamento ai minori e violenza sulle donne in ambito familiare.(30) Questo fenomeno è diffuso in tutte le classi sociali ed ancora sottostimato, sia per la difficoltà, da parte delle madri, a denunciare, a risultare credibili e per le tattiche e strategie di occultamento della violenza diffuse, sia per la difficoltà dei professionisti coinvolti a riconoscerne i segnali ed intervenire in modo adeguato e precoce.(29) Secondo l’OMS, l’emerso rappresenta circa il 10% del totale.(1) Analisi che confrontano l’emerso di studi informativi con quello di studi self-report evidenziano, ad esempio, una sottostima della violenza fisica: negli studi informativi 0,1% e negli studi self-report 22,9%, una sottostima della violenza sessuale:

0-0,5% negli studi informativi e del 5,7% per i maschi e 13,4% nelle femmine negli studi self-report.(33) La violenza psicologica, quella più subdola e facilmente occultabile, viene stimata al 90% in compresenza nelle altre forme di violenza.(33,74-75)

Secondo il report dell'OMS (9): 1 adulto su 4 nel mondo è stato abusato fisicamente da bambino; il 36% degli adulti dichiara di aver subito un abuso psicologico; 1 donna su 5, 1 uomo su 10 circa ha subito violenza sessuale da bambino e 1 donna su 3 è stata vittima di violenza fisica o sessuale agita dal proprio partner.(33) Sempre secondo l'OMS, i tassi relativi alla violenza psicologica tendono ad essere maggiori di quelli per violenza fisica, anche se più difficili da intercettare e quindi maggiormente sottostimati.(33) Studi recenti, evidenziano che il personale medico ha segnalato soltanto l'8,4% di tutti i casi.(76)

Il quadro europeo, relativo alla prevalenza della violenza su minori, stima le seguenti percentuali: violenza sessuale 9,6%, violenza fisica 22,9%, violenza psicologica 26,1%, trascuratezza fisica 16,3% e trascuratezza emotiva 18,4%.(50)

In Italia, secondo l'indagine condotta nel 2015, promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e realizzata da Cismai (7) e Terre des Hommes (77), si stima che circa 1 bambino ogni 5, di quelli seguiti dai servizi sociali, sia vittima di violenza, con una prevalenza generale del 9,5 per mille della popolazione dei minori. La causa più frequente è rappresentata dalla trascuratezza materiale e affettivo-emotiva (47,1%) e la seconda forma più diffusa è la violenza assistita (19,4%, 1 bambino su 5 circa). A seguire la violenza psicologica (13,7%), quella fisica (6,9%) e quella sessuale (4,2%).(77)

Le conseguenze della violenza subita per i/le minori includono esiti, a breve, medio e lungo termine, (78-82) di tipo:

- **diretto/fisico** – lesioni fisiche, con vari livelli di gravità, fino ad arrivare alla morte, secondo l'OMS, una delle principali cause di mortalità nella prima infanzia nei paesi più ricchi e sviluppati (1)
- **psicologico-comportamentali/neurocognitivo** - disturbo da stress post-traumatico, disturbo reattivo dell'attaccamento e disturbo da disinibizione nell'impegno sociale, disturbi di personalità, inclusi quelli psicotico-dissociativi, disturbi della sfera emotiva, quali vissuti di vergogna e/o colpa, depressione, ansia, pensieri e tendenze

suicidarie, paure generalizzate, ipervigilanza, eccessiva preoccupazione per il mantenimento del controllo, comportamenti regressivi, disturbi psicosomatici, iperattività o ipoattività, disturbi del comportamento alimentare, abuso di alcool e di droghe, comportamenti devianti, evitanti, aggressivo-oppositivi, rifiutanti, distorsioni nella rappresentazione del mondo, nella memoria, pensiero, attenzione e concentrazione, linguaggio, (83) difficoltà nel rendimento scolastico, scarse abilità sociali, e, osservabili maggiormente in età adulta, disturbi sessuali, relazionali, professionali, genitoriali, del funzionamento sociale, (33) maggior tasso di stato infiammatorio sistemico, di sindrome metabolica, disturbi psicosomatici, artrite, sindrome coronarica acuta, cancro e accorciamento dei telomeri, associato ad una riduzione della aspettativa di vita (56), che secondo Teicher, può ridursi di 20 anni in individui esposti a sei o più esperienze infantili di violenza (55)

- **neurobiologico** - i deficit neurocognitivi sembrano essere conseguenza delle anomalie neurobiologiche e dello sviluppo cerebrale, alle quali i minori che subiscono violenza sono esposti. Traumi e stress durante l'età dello sviluppo possono causare interruzioni e alterazioni al normale processo di sviluppo neurologico del minore, portare una disregolazione del sistema di risposta allo stress, che diviene cronico, con un'anomala produzione degli ormoni dello stress e con impatti sia nell'infanzia che nell'adultità, (16,55) incluse alterazioni del sistema immunitario, invecchiamento cellulare e alterazioni dello sviluppo encefalico, sia strutturali che funzionali, in particolare di ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale (18,57,83) ed anche di cervelletto, corpo calloso e striato, che rappresentano i fattori determinanti del sentimento di sicurezza, intrapsichici e riferiti al mondo esterno, e sono considerati le basi neuroscientifiche del sentimento di sicurezza.(84-85)

Tra gli esiti a lungo termine, che a sua volta si connota anche come fattore di rischio, è inclusa la *trasmissione intergenerazionale della violenza*, ovvero il perpetuare del modello relazionale violento nell'adultità, con un maggior rischio, a parità di fattori protettivi e di rischio, per le donne, di trovarsi in relazioni con partner violenti e, per gli uomini, di agire a loro volta violenza, ripetendo il modello maschile appreso nell'infanzia.(30,33, 86-100)

*"I genitori danno, i figli prendono e passano avanti."*

*Bert Hellinger*

#### 1.4 La violenza assistita – approfondimenti

*“Le famiglie caratterizzate da violenza cronica e continuativa hanno un livello elevato di confusione e di caoticità, e sono caratterizzate da mancanza di confini, imprevedibilità nelle regole, modelli educativi inesistenti ed episodici, aspettative irrealistiche di ricevere a loro volta cure da parte dei figli anche se piccoli, tendenza a parentificare i figli.”*

*Di Blasio*

Come precedentemente riportato, una donna su tre subisce nel corso della vita una qualche forma di violenza. La maggior parte delle donne che subiscono violenze dal partner hanno figli. Ricordiamo che si parla di violenza assistita quando il minore fa esperienza direttamente (avvengono nel suo campo percettivo) o indirettamente (ne è a conoscenza) e/o percepisce gli effetti (101) di qualsiasi tipo di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento. La violenza assistita è una delle forme di maltrattamento sui minori (6-7,102-108), che rappresenta una violazione dei diritti umani (1,21), con conseguenze sul loro benessere, dirette ed indirette (6-7,50,109), psicologiche, fisiche, comportamentali, sociali e mediche, incluso un maggior rischio di trasmissione intergenerazionale della violenza.(8,10,15-16,18,34,50,54,57,110)

La violenza assistita, secondo l'ONU, coinvolge annualmente tra i 133 e i 275 milioni di bambini e bambine nel mondo.(111) La violenza domestica sulle donne incrementa il rischio di violenza assistita.(50) La violenza assistita, come accennato, risulta essere spesso co-presente con altri tipi di violenza sui minori, divenendo essa stessa fattore di rischio, e l'accumulo dei fattori di rischio aumenta il rischio di violenza diretta sui minori.(50,109,112-115) Le conseguenze sul benessere psico-fisico-emotivo del minore date dalla violenza assistita sono equiparabili a quelle della violenza diretta sui minori.(6,28-30,116) Il DSM-5 stesso riconosce l'effetto traumatico dell'assistere a un evento accaduto ad altri e del venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto a un membro della famiglia o persona cara, oltre al fare esperienza di una esposizione estrema e/o ripetuta a dettagli cruenti.(33,117) La violenza assistita porta con sé l'impatto sui minori degli esiti, diretti e indiretti, a breve, medio e lungo termine, che abbiamo già illustrato. Studi italiani hanno fatto emergere come salienti: disturbi del sonno, disturbi dell'area fisiologica, disturbi alimentari, disturbi dell'area sfinterica, disturbi dell'area motoria, disturbi comportamentali, sociali, ed affettivo-relazionali.(33)

Dalla letteratura internazionale e nazionale, emerge l'importanza di riuscire ad intercettare precocemente la violenza domestica, per poter agire, intervenire tempestivamente e prevenire esiti peggiori/gravi della violenza stessa, sia sulle donne che sui/sulle minori.(21,30,33,50)

### **1.5 La violenza durante l'emergenza sanitaria**

*“Ho giurato di non stare mai in silenzio, in qualunque luogo e in qualunque situazione in cui degli esseri umani siano costretti a subire sofferenze e umiliazioni. Dobbiamo sempre schierarci. La neutralità favorisce l'oppressore, mai la vittima. Il silenzio aiuta il carnefice, mai il torturato.”*

*Elie Wiesel*

Durante il periodo di studio e, nello specifico durante il periodo di raccolta dati, il Pronto Soccorso pediatrico del nostro Istituto stava applicando le misure previste dall'emergenza sanitaria in atto.

Durante i primi mesi della pandemia di Covid-19, i dati sulla “ricerca di aiuto” delle donne, a livello nazionale ed internazionale, erano ancora contraddittori.(118) A più di un anno di distanza, il quadro che emerge è piuttosto consistente: in diversi Paesi sono aumentate le richieste di aiuto delle donne via telefono o telematica, mentre sono diminuite le azioni - accesso fisico ai servizi e reclami - che coinvolgono viaggi e stretti contatti sociali.

In Italia le denunce di violenza domestica, sessuale e stalking sono diminuite (dal 20% al 50% a seconda del reato) a marzo e aprile 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019. Da maggio 2020, poi, la curva delle denunce ha iniziato a salire ancora.(120) Dimezzato rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente il numero di donne che si sono rivolte al 'Servizio violenza sessuale e domestica' al Policlinico di Milano nel primo mese del lockdown.(121) In un altro grande ospedale milanese si è osservato un andamento simile: gli accessi al pronto soccorso delle donne vittime di violenza dimezzati rispetto agli stessi mesi degli anni precedenti, ma la gravità delle lesioni sembra essere maggiore, con giorni di prognosi quasi raddoppiati; inoltre, l'età media delle donne con accesso per violenza è risultata più alta nel 2020.(122) Tendenze simili sono state riscontrate in molti paesi.(123-124) Le analisi ISTAT 2020, riferite al periodo marzo-giugno 2020 e confrontato con lo stesso periodo del 2019, relativamente al trend del

fenomeno della violenza domestica, durante il periodo della pandemia, monitorando le richieste di aiuto al numero 1522, hanno evidenziato: un aumento del 73% della richiesta di aiuto; nel 93,4% dei casi, la violenza aveva luogo in casa; il 45,3% delle vittime si dichiarava preoccupata per la propria sicurezza ed incolumità; nel 64,1% dei casi, veniva riportata anche violenza assistita e il 72,8% non ha denunciato il reato subito.(125)

## **CAPITOLO 2 - LA RICERCA: MATERIALI E METODI**

### **2.1 Obiettivi dello studio**

L'obiettivo principale di questo studio è stato definire la prevalenza di violenza assistita, in una popolazione afferente al Pronto Soccorso Pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo che poi venga trattenuta in OT (Osservazione Temporanea) e/o ricovero e/o OBI (Osservazione Breve Intensiva).

Obiettivo secondario dello studio è stato descrivere la popolazione risultata positiva allo screening per violenza assistita in termini di caratteristiche anagrafiche, anamnestiche e cliniche, tra cui anche la diagnosi di dimissione per patologia organica, funzionale e psichiatrica e confrontarla con quella risultata negativa.

### **2.2 Tipologia di studio**

Lo studio è stato uno studio monocentrico, osservazionale, cross-sectional.

Lo studio è stato approvato dal comitato di revisione istituzionale (RC 14/19). La raccolta dati si è svolta nel periodo da febbraio 2020 a gennaio 2021. Lo studio è stato realizzato presso la Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico dell'IRCCS Materno Infantile – “Burlo Garofolo” di Trieste ed ha coinvolto i reparti presso i quali il bambino erano eventualmente ricoverati: clinica pediatrica, chirurgia pediatrica, neuropsichiatria pediatrica, ortopedia pediatrica, otorinolaringoiatria, oculistica ed ematoncologia pediatrica.

### **2.3 Campione**

Sono stati considerati eleggibili tutte le diadi (madre-figlio/a), relative ai pazienti afferenti alla Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico che rispondevano ai seguenti criteri:

- età compresa tra 0 e 17 anni;
- osservazione temporanea o osservazione breve intensiva o ricovero in Pediatria d'Urgenza o presso uno dei reparti dell'IRCCS Burlo Garofolo;
- presenza della madre al momento dell'accesso in Pronto Soccorso o del ricovero.



Criteri di esclusione sono stati:

- impossibilità a separare la madre dal proprio accompagnatore\*\*;
- incapacità della madre di fornire consenso informato o di rispondere al questionario;

\*\*in merito a questo criterio, l'OMS riconosce come indicatore di violenza domestica la difficoltà o impossibilità di separare la donna dal partner per rifiuto da parte del partner stesso (9); sarebbe rischioso per la donna partecipare alla ricerca se il partner violento ne fosse consapevole.

## **2.4 Procedura**

Il personale medico e infermieristico coinvolto nello studio ha partecipato ad un training pre-arruolamento, e a training work in progress in modo da mantenere aggiornato anche il personale nuovo in arrivo sullo studio in atto, in cui sono stati definiti e discussi i criteri di inclusione.

In caso di paziente eleggibile, dopo aver prestato le necessarie cure mediche al bambino/a, si è proceduto a informare la madre che era in corso uno studio inerente la salute delle donne attraverso la compilazione di un questionario autosomministrato, specificando che veniva garantito il rispetto dell'anonimato e della riservatezza della donna.

L'informativa generica ed il consenso informato sono stati consegnati alla madre a cura della ricercatrice o del suo responsabile. Secondo quanto sancito dal Codice Etico Dell'American Psychological Association (APA) (26,126) le omissioni nella stesura dell'informativa per il consenso sono giustificate dal significativo valore scientifico, educativo o applicativo prospettico dello studio, e dal fatto che procedure alternative non ingannevoli efficaci non sono fattibili. Una volta ottenuto il consenso alla partecipazione allo studio da parte della madre, la diade madre/figlio è stata definitivamente arruolata.

Per garantire l'anonimato, a ciascun minore è stato associato un codice univoco da parte del medico che lo aveva in cura. Tale codice è stato inserito sul questionario anamnestico relativo al/alla minore ed è stato comunicato alla ricercatrice responsabile dello studio, che si è occupata di apporlo sul questionario da somministrare alla madre. In questo modo è stato possibile linkare i due questionari senza conoscere l'identità della diade madre-bambino.

Mancando uno strumento validato per la valutazione della violenza assistita, questa è stata dedotta indirettamente, come viene fatto nelle grandi inchieste nazionali e internazionali ISTAT e FRA (8,10), attraverso una serie di domande poste alla madre, appartenenti ad un questionario validato in letteratura (WAST, Woman Abuse Screening Tool) (127) che rileva la violenza sulla donna da parte del partner (allegato 1). Sulla base delle definizioni riportate nel background, la violenza subita dalla madre configura necessariamente una situazione di violenza assistita.

Il questionario è stato consegnato alla donna in condizioni di assoluta sicurezza come da indicazioni dell'OMS sulla ricerca relativa alla violenza di genere contro le donne e sui minori ed è stato compilato dalla donna in maniera autonoma, da sola, in ambiente adeguato. Al termine della compilazione, il questionario è stato riposto dalla madre in una busta chiusa e inserito in un contenitore custodito dalla ricercatrice.

Al momento della restituzione del questionario, è stato consegnato alla madre materiale informativo di vario genere (es. sulla prevenzione degli incidenti domestici) in associazione a quello relativo ai maltrattamenti ed ai contatti dei servizi di supporto esistenti sul territorio per la donna vittima di violenza, sempre in accordo alle indicazioni OMS sulla sicurezza della donna vittima di violenza di genere.(9)

L'arruolamento era limitato alla presenza in ospedale dello psicologo iscritto all'albo (FA), che avveniva in orari casuali durante la giornata (dalle ore 08:00 alle ore 24:00).

In questo studio, la vittimizzazione delle madri è stata valutata attraverso il Woman Abuse Screening Tool (WAST) (127), tradotto in italiano nel pieno rispetto delle raccomandazioni internazionali. Il WAST è un questionario convalidato che valuta l'abuso fisico, psicologico e sessuale delle donne da parte del proprio partner negli ultimi dodici mesi. Comprende otto domande, ciascuna con tre possibili risposte, classificate da 0 (mai) a 2 (spesso): un punteggio complessivo di 4 o superiore suggerisce che le donne maltrattate dal loro partner. In accordo con le linee guida dell'OMS sulla ricerca sull'abuso di donne e bambini, le voci WAST sono state inserite in un questionario più generale sviluppato appositamente per lo scopo dello studio, comprendente domande riguardanti i dati demografici della madre, il livello di istruzione, l'occupazione, il modello di lavoro, condizioni di salute, uso di farmaci, lesioni fisiche, ricoveri ospedalieri, qualità del sonno, livello di stress, fonti di stress identificate e disponibilità di una persona di fiducia nella propria vita. Le domande auto-riferite sulla salute delle donne sono state tratte dall'analisi ISTAT 2015 (10), dall'analisi FRA 2014 (8) e secondo le linee guida dell'OMS sulla ricerca in Violence Against

Women and Children.(7,9,26-27)

Durante il periodo di studio e, nello specifico durante il periodo di raccolta dati, il Pronto Soccorso pediatrico del nostro Istituto stava applicando misure per il controllo della diffusione del coronavirus, quindi, ogni bambino/a poteva essere accompagnato da un solo genitore: quindi, tutte le madri frequentanti erano non accompagnate dal partner e nessuno degli aventi diritto, le donne, è stato escluso dalla partecipazione allo studio.

## 2.5 Strumenti

Lo studio ha previsto l'utilizzo di due strumenti: il "Questionario anonimo di ricerca sulla salute delle donne", da autocompilarsi ad opera delle madri, e una "Scheda rilevazione dati relativa al minore", compilata dalla ricercatrice in un secondo momento e come da procedura per garantire privacy ed anonimato.

Questionario anonimo di ricerca sulla salute delle donne (vedi allegato 2).

Si tratta di un questionario con titolo generico, contenente domande inerenti le caratteristiche socio-demografiche della madre e della famiglia, lo stato di salute materna, i comportamenti del/della minore così come percepiti dalla madre, la presenza di sostegno sociale e l'uso dei servizi socio-sanitari. Nel rispetto delle linee guida OMS sulla ricerca relativa alla violenza di genere e sui minori (25,26), all'interno di queste domande generali sono state inserite quelle sulla violenza sulla donna da parte del partner, che utilizzano il Woman Abuse Screening Tool (WAST). Si tratta di un questionario per autosomministrazione strutturato in 8 domande, volte a misurare l'esposizione della donna a violenza fisica, psicologica e sessuale da parte del partner negli ultimi 12 mesi. Ogni domanda ha tre modalità di risposta: 0 (mai), 1 (a volte), 2 (spesso). Un punteggio complessivo pari o superiore a 4 indica esposizione della donna a violenza da parte del partner, come già riportato in precedenti studi.(127)

Dato che il questionario WAST era disponibile solo in lingua inglese, è stato condotto un lavoro di traduzione in italiano in step successivi, secondo quanto raccomandato in linee guida internazionali (128):

1. traduzione iniziale: sono state effettuate due diverse traduzioni da parte di due traduttori di madrelingua italiana, di cui uno in possesso di conoscenze sulle problematiche specifiche relative alla valutazione della violenza sulla donna e l'altro non in possesso di tali conoscenze in modo da fornire una traduzione più vicina al linguaggio comune. Le traduzioni sono state redatte in maniera indipendente;

2. sintesi della traduzione: un terzo operatore ha confrontato le due traduzioni facendo una “sintesi”, chiarendo eventuali discrepanze e giungendo ad una versione preliminare della scala tradotta in italiano;
3. due traduttori di madrelingua inglese hanno tradotto tale versione preliminare nuovamente in lingua inglese con l'obiettivo di verificare la qualità e l'esattezza dei contenuti. I due traduttori non erano a conoscenza della versione originale della scala;
4. Un comitato di esperti, che ha incluso i quattro traduttori, un esperto di metodologia della ricerca e un esperto di violenza sulle donne, ha confrontato le 4 versioni prodotte in modo da raggiungere un consenso su eventuali discrepanze e da sviluppare la versione pre-finale, che è stata poi testata sul campo;
5. test della versione pre-finale: la versione della scala ottenuta dallo step 4 è stata sottoposta a un numero limitato di persone (una decina), che ha giudicato la chiarezza di ciascuna voce; questo ha portato alla versione finale della scala.

Il questionario WAST originale e la sua traduzione finale sono disponibili in allegato 1.

All'interno del questionario anonimo di ricerca sulla salute delle donne, oltre alle domande tratte dal WAST, sono state inserite anche delle domande riguardanti violenze da parte della famiglia di origine o della famiglia del partner, a puro scopo descrittivo.

Il questionario totale era disponibile in italiano e in inglese.

Scheda di rilevazione dati relativa al minore (vedi allegato 3).

Si tratta di una scheda, compilata dalla ricercatrice, in cui sono stati inseriti il codice anonimo univoco associato al paziente, dati relativi alla sua età, genere, cittadinanza ed informazioni anamnestiche e cliniche.

## **2.6 Tempistica (cronoprogramma)**

Durante i 3 anni di durata complessiva dello studio si sono svolte, nella fase iniziale dello studio:

- l'approvazione dello studio da parte della Direzione Scientifica del IRCCS Burlo Garofolo e del Comitato Etico Unico Regionale;
- la formazione del personale medico-infermieristico di reparto deputato alla procedura, gestita dal ricercatore;

- la traduzione degli strumenti in lingua inglese.

Successivamente vi è stato l'arruolamento, la raccolta dati, condotta da febbraio 2020 a gennaio 2021, che hanno subito un rallentamento, con successivo recupero, dovuto all'emergenza sanitaria nazionale e mondiale in atto, non preventivata, e la creazione del database per l'inserimento degli stessi.

La fase finale è stata dedicata all'elaborazione dei dati, analisi e scrittura.

## **2.7 Analisi statistica**

Si era previsto di reclutare 196 bambini (propriamente diadi madre-figlio/a) all'accesso in Pronto Soccorso Pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo. Tale numerosità campionaria deriva dal calcolo fatto considerando una prevalenza di violenza assistita del 15% nella popolazione generale, come da letteratura, con una precisione del 5% e fissando un livello di significatività del 5%. Si è arrivati a 212 reclutamenti.

La prevalenza di violenza assistita è stata calcolata come rapporto tra il numero di bambini risultati positivi alla violenza assistita (= la cui madre ha subito violenza da parte del partner) e il numero totale di bambini arruolati (= madri che hanno risposto al questionario).

L'analisi descrittiva, sia del campione totale che del sottocampione di coloro risultati positivi alla violenza assistita, è stata costituita da distribuzione di frequenze e percentuali per le variabili categoriche e da mediana e range interquartile (25% - 75% percentile) per le variabili quantitative. I gruppi con e senza violenza assistita sono stati confrontati utilizzando il test del chi-quadrato (o il test esatto di Fisher, dove opportuno) per le variabili categoriche o il test di Wilcoxon-Mann-Whitney per le variabili continue.

I risultati delle analisi statistiche sono stati organizzati per madre e minore, per frequenze semplici e frequenze su tabelle a doppia entrata con test per le variabili categoriche (con l'eventuale distinzione per violenza si/no) e distribuzioni totali e per violenza si/no per le variabili continue con relativi test.

Il risultato statistico è significativo se  $p < 0.05$ . Nelle variabili categoriche si utilizza il test di Fisher o test del chi quadro (il primo se almeno una cella ha frequenza inferiore a 5) per la misura di associazione tra variabili. Nelle variabili continue si vede se c'è una diversa diversa distribuzione della variabile continua all'interno della variabile violenza

si/no tramite il test di Wilcoxon Mann Whitney.

## **CAPITOLO 3 - RISULTATI**

### **3.1 Il campione**

Le diadi madre-figlio/a che hanno costituito la raccolta dati sono state 212. Le madri che hanno aderito allo studio hanno compilato tutte per intero il questionario autosomministrato. Come da criteri di inclusione ed esclusione, non è stato possibile procedere alla raccolta dati quando ad accompagnare il/ la minore non vi era la madre (destinataria del questionario autosomministrato) o qualora le condizioni non permettessero il rispetto delle linee guida per la ricerca sulla violenza contro le donne previste dall'OMS, ad esempio nel caso in cui non è stato possibile avere la madre in situazione di privacy senza il padre del figlio/a, per la compilazione del questionario autosomministrato. L'emergenza sanitaria in atto durante la raccolta dati ha maggiormente garantito questo criterio di sicurezza per la donna durante la ricerca.

Le donne hanno aderito con entusiasmo alla ricerca, esprimendo anche un grado di soddisfazione nel poter esprimere un proprio pensiero e fare riflessioni su temi per i quali vi è poco spazio-tempo nella propria vita.

### **3.2 I risultati**

I risultati emersi sono organizzati per madre e minore, con confronti, tramite appropriati test, tra chi è risultato positivo o meno allo screening sulla violenza assistita.

Un test statistico è stato valutato significativo se il relativo p-value era  $<0.05$ . Tramite il test del Chi Quadro o il test esatto di Fisher, laddove necessario, si è valutato se esistesse una associazione tra una variabile categorica e la positività o meno alla violenza assistita. Per quanto riguarda, invece, lo studio della possibile diversa distribuzione di una variabile continua all'interno dei due gruppi (presenza o meno) di violenza assistita è stato utilizzato il test di Wilcoxon Mann Whitney.

Inoltre, relativamente all'obiettivo principale, è stata calcolata la potenziale violenza assistita che include anche quelle donne che hanno punteggio 3 allo screening della scala WAST e risultano "borderline" come specificato inizialmente, per capire cosa succede se anche quelle borderline sono considerate come violenza assistita con screening positivo.

### 3.3 Prevalenza violenza assistita

L'obiettivo principale di questo studio è stato definire la prevalenza di violenza assistita, nella popolazione afferente al Pronto Soccorso Pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo che poi venga trattenuta in OT e/o ricovero e/o OBI. Mancando uno strumento validato per la valutazione della violenza assistita, questa sarà dedotta indirettamente, come viene fatto nelle grandi inchieste nazionali e internazionali ISTAT e FRA, rilevando la violenza sulla donna da parte del partner, dato che, sulla base delle definizioni riportate sopra, la violenza subita dalla madre configura necessariamente una situazione di violenza assistita.

Il criterio Violenza assistita SI, è dato, come da rationale WAST, da un punteggio relativo alle madri uguale o superiore a 4. Nello studio è emerso che la violenza ha coinvolto 93 su 212 donne che hanno aderito, per una percentuale corrispondente al 43.9%. (tab.1.1)

#### Prevalenza della Violenza Assistita

	totale (n=212)	%
<b>Violenza Assistita</b>		
NO	119	56.1
SI	93	43.9

Tabella 1.1 Distribuzione della violenza assistita (punteggio WAST $\geq$ 4) tra le diadi madri-figli partecipanti allo studio

Dalla compilazione del questionario, emergono alcune incoerenze di risposta, per quanto riguarda la violenza fisica. Nello specifico, in alcuni casi si trova alla domanda "Succede mai che le liti (col tuo partner) si risolvano in botte, calci o spintoni?" venga risposto "qualche volta" o "spesso", e poi, alla domanda "E' mai successo che il tuo partner ti abbia maltrattata fisicamente?" si risponda "mai". La risposta "qualche volta", secondo il rationale del WAST e lo screening corrispondente, vale 1 punto, e in molti casi, il criterio "Violenza Assistita SI/NO" non è stato raggiunto per un 1 punto. Si è ritenuto utile, quindi, fornire un quadro generale di quale percentuale raggiungerebbe la violenza assistita SI, includendo anche i casi "borderline". In questo caso, tale percentuale sale al 52.4%, osservazione non rilevante statisticamente ma a nostro avviso interessante da notare da un punto di vista clinico. (tab.1.2)



### Prevalenza della Violenza Assistita potenziale

	totale (n=212)	%
<b>Violenza Assistita potenziale</b>		
NO	101	47.6
SI	111	52.4

Tabella 1.2 Distribuzione della potenziale violenza assistita (punteggio WAST $\geq$ 3) tra le diadi madri-figli partecipanti allo studio

#### 3.4 Madri - caratteristiche socio-demografiche, anamnestiche e cliniche

Si riporta, di seguito, la distribuzione delle variabili ritenute importanti per la descrizione del campione per quanto riguarda le madri, come da obiettivo secondario dello studio. Si riporta anche il p-value dell'associazione con la variabile indicante la violenza assistita (o potenziale).

Le madri che hanno preso parte allo studio (n=212) avevano una mediana relativa all'età di 39 anni (IQR 33-34), un buon livello di istruzione (solo il 15.6%, corrispondente a 33 donne, non aveva conseguito il diploma di scuola media superiore, di queste 21 avevano conseguito un diploma di formazione professionale) (tab.2.1), erano in prevalenza sposate, 150 (70.8%), 8 separate (3.8%), 12 divorziate (5.7%) e 42 nubili (19.9%), e nella maggior parte dei casi svolgevano un'attività lavorativa, 129 (60.9%) occupate, 2 studentesse lavoratrici (0.9%), 10 disoccupate (4.7%), 70 casalinghe (33.0%) e 1 studentessa (0.5%). Le donne occupate (lavorativamente e/o nello studio risultano essere 132, di queste 57 si dichiarano occupate a tempo pieno, 71 part-time e 4 altro (tab. 2.1). Relativamente al tempo impegnato fuori casa, emerge una differenza significativa tra screening positivo e negativo per la violenza assistita (p=0.001), risultando per lo più non lavorative o a part-time le donne positive per violenza assistita e maggiormente a tempo pieno quelle con screening negativo (tab. 2.1). Da annotare che nel questionario e, conseguentemente nei risultati, abbiamo la specifica del dettaglio delle donne casalinghe e di quelle disoccupate, concettualmente distinte. Ricordiamo, a titolo osservativo e di specifica, che concettualmente sono distinte ma praticamente entrambe le categorie rappresentano donne che sono a casa, prive di reddito da lavoro.

La maggioranza delle madri era di nazionalità italiana (n=170, 80.2%). Tra queste, quelle risultate positive per lo screening violenza assistita, erano per il 71.0% (n=66) di nazionalità italiana e per il 29.0% (n=27) provenienti da altri paesi (2 di nazionalità albanese, 2 araba, 2 bengalese, 2 dal Camerun, 2 Iraq, 2 Kosovo, 2 Moldavia, 2

Pakistana, 2 rumena, 2 serba, 2 tunisina e 2 non specificata nel dettaglio). La differenza di nazionalità tra screening positivo e quello negativo risulta significativa con  $p < 0.003$ , evidenziando una maggioranza di donne di nazionalità italiana vs da altri paesi. Questo in linea con quanto già noto in tema di violenza su donne e minori, la violenza è trasversale e non riguarda le frange più povere, i livelli di istruzione più bassi, la non occupazione lavorativa delle donne e/o le nazionalità straniere.

La mediana del numero di figli per le madri che hanno compilato il questionario autosomministrato ( $n=212$ ) è 1 (IQR: 1-2 figli) con un numero massimo di 6 figli. La mediana dell'età è 39 anni (IQR: 35-44 anni), e la mediana dell'età scolare (in cui hanno lasciato la scuola) è 19 anni (IQR: 18-24 anni). Di queste, 9 dichiarano di essere incinta al momento della compilazione del questionario (5 di queste 9, risultano positive per lo screening violenza assistita, 4 no, il dato risulta essere troppo esiguo per essere analizzato statisticamente). Il numero mediano di figli per le donne risultate positive allo screening per violenza assistita ( $n=93$ ) è pari a 1 figlio (IQR: 1-2 figli), l'età mediana è di 39 anni (IQR: 33-44 anni) e l'età mediana in cui hanno lasciato la scuola è di 19 anni (IQR: 18-23 anni). Per quelle risultate negative ( $n=119$ ), invece, la mediana del numero di figli è 2 figli (IQR: 1-2 figli), l'età mediana è pari a 40 anni (IQR: 36-44 anni) e hanno lasciato la scuola ad un'età mediana di 23 anni (IQR: 19-24 anni).

Non ci sono differenze significative tra chi subisce violenza e chi non la subisce se non per quanto riguarda l'età di fine studi ( $p\text{-value}=0.0002$ ). Le madri che hanno compilato il questionario autosomministrato (212) vivono per lo più con i figli/e e il partner ( $n=205$ ), pari al 96.7%, senza evidenziare una differenza significativa tra lo screening per violenza assistita positivo e quello negativo ( $p=0.09$ ). (tab. 2.1)

### Madri: caratteristiche socio-demografiche

	<b>VIOLENZA ASSISTITA</b>		<b>P-value</b>
	<b>No (n=119)</b>	<b>Si (n=93)</b>	
<b>Mediana età madri</b>	40 (IQR 36-44)	39 (IQR 33-44)	0.1535
<b>Mediana nr figli/e</b>	2 (IQR 1-2)	1 (IQR 1-2)	0.04
<b>Mediana età abbandono scolastico</b>	23 (IQR 19-24)	19 (IQR 18-23)	0.002
<b>Incinta al momento dello studio, n (%)</b>	4 (3.4)	5 (5.4)	0.51*
<b>Titolo di studio, n (%)</b>			
Nessuno o elementare	0 (0.0)	2 (2.2)	0.002
Diploma scuola media inferiore	2 (1.7)	8 (8.6)	
Scuola media inferiore e diploma di formazione professionale	9 (7.6)	12 (12.9)	
Diploma scuola media superiore	29 (24.4)	31 (33.3)	
Scuola media superiore e diploma di formazione professionale	14 (11.8)	10 (10.8)	
Laurea	54 (45.4)	29 (31.2)	
Formazione post-laurea	11 (9.2)	1 (1.1)	
<b>Stato civile, n (%)</b>			
Nubile	27 (22.7)	15 (16.1)	0.67*
Coniugata	81 (68.1)	69 (74.2)	
Separata	4 (3.4)	4 (4.3)	
Divorziata	7 (5.9)	5 (5.4)	
<b>Condizione professionale, n (%)</b>			
Occupata	77 (64.7)	52 (55.9)	0.03
Disoccupata	8 (6.7)	2 (2.2)	
Casalinga	31 (26.1)	39 (41.9)	
Studentessa	1 (0.8)	0 (0.0)	
Studentessa lavoratrice	2 (1.7)	0 (0.0)	
<b>Orario lavoro, n (%)</b>			
Non lavoro	39 (32.8)	41 (44.1)	0.001
Part time	34 (28.6)	37 (39.8)	
A tempo pieno	44 (37.0)	13 (14.0)	
Altro	2 (1.7)	2 (2.1)	
<b>Nazionalità, n (%)</b>			
Italiana	104 (87.4)	66 (71.0)	0.003
Non italiana	15 (12.6)	27 (29.0)	
<b>Vivi con, n (%)</b>			
Figli/e e il partner	117 (98.3)	88 (94.6)	0.09
Figli/e, senza partner	1 (0.8)	5 (5.4)	
Figli/e e la famiglia d'origine	1 (1.8)	0 (0.0)	

\*Exact Fisher test

Tabella 2.1 Caratteristiche demografiche delle madri, distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

La domanda 11 del questionario aveva lo scopo di indagare come la madre ritenga sia la sua salute al momento dell'autosomministrazione del questionario stesso, prevedendo come risposta una scala Likert da 1 a 4, dove 1 indicava "molto buona", 2 "buona", 3 "così così" e 4 "cattiva". Per le madri risultate positive allo screening per violenza assistita l'11.8% ha risposto "molto buona", il 31.2% "buona", il 48.4% "così così" e l'8.6% "cattiva", mentre per lo screening risultato negativo per violenza assistita si sono ripartite, con lo stesso ordine, nelle seguenti percentuali: 26.1% "molto buona", il 63.0% "buona", il 10.9% "così così" e nessuno ha indicato "cattiva" come risposta, evidenziando una differenza significativa tra lo screening positivo e quello negativo con  $p < 0.0001$ . (tab. 2.2a)

La domanda 12 andava ad esplorare, relativamente agli ultimi 12 mesi, se la donna si fosse sentita sottoposta a forte stress, e, nel caso affermativo, quali aree fossero coinvolte.

Le donne che hanno dichiarato di sentirsi sottoposte a forte stress sono state 154 (72.6% del totale 212), di queste, 83 (89.3% del totale delle positive 93) risultavano positive allo screening per violenza assistita, mentre risultavano sotto forte stress il 59.7% delle donne negative allo screening per violenza assistita, riportando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2a)

Per chi aveva risposto affermativamente alla domanda relativa all'essersi sentita sottoposta a forte stress negli ultimi 12 mesi, si è cercato di esplorare quale area della vita fosse coinvolta, chiedendo se fosse per problemi relativi a: relazione di coppia, altri familiari, lavoro, relazioni amicali, salute, problemi economici e/o altro.

Dai risultati emerge che il 62.4% delle donne risultate positive per lo screening violenza assistita riporta di sentirsi sottoposta a forte stress per problemi relativi alla coppia, mentre tale percentuale è del 9.2% per quelle risultate negative allo screening, evidenziando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2a)

Lo stesso tipo di trend si evince anche per quanto riguarda i problemi relativi ad altri familiari, il 66.7% delle madri positive allo screening per VA riportano di sentirsi sottoposte a forte stress per problemi con altri familiari, mentre questa percentuale scende al 35.3% per le madri risultate negative allo screening, rilevando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2a)

Per quanto riguarda i problemi lavorativi, non emerge una differenza significativa tra screening positivo e negativo ( $p = 0.20$ ), il 19.4% delle donne positive allo screening dichiara di sentirsi sottoposta a forte stress per il lavoro e lo fa anche il 12.6% di quelle

risultate negative allo screening. (tab. 2.2a)

Un trend simile emerge anche relativamente ai problemi nelle relazioni amicali, il 9.7% delle madri positive allo screening per VA riporta di sentirsi sottoposta a forte stress per problemi con amici/amiche e lo riporta anche il 5.0% delle madri negative allo screening, non emergendo una differenza significativa ( $p=0.19$ ). (tab. 2.2a)

Il sentirsi sottoposta a forte stress per problemi di salute viene riportato per il 38.7% delle madri positive allo screening per VA e per il 30.3% di quelle risultate negative allo screening, senza evidenziare una differenza significativa ( $p=0.20$ ). (tab. 2.2a)

La differenza risulta, invece, significativa per chi dichiara di sentirsi sottoposta a forte stress anche per problemi di natura economica, lo fa il 15.1% delle donne positive allo screening e il 5.9% di quelle negative ( $p=0.03$ ). (tab. 2.2a)

Al termine della domanda era possibile indicare altro, tra i problemi da specificare. In 4 hanno specificato, rispettivamente, “figlio con sindrome Pitt Hopkins”, “Lockdown, gravidanza, post-parto”, “mia suocera” e “scuola dei miei figli”. (tab. 2.2a)

Nella domanda 13 si è voluto investigare se, nel momento in cui ci sono preoccupazioni o un momento di difficoltà, la donna ha qualcuno con cui confidarsi. Le donne risultate negative allo screening per VA dichiarano di avere qualcuno con cui confidarsi in caso di preoccupazioni, o momenti di difficoltà, per il 94.1%, tale percentuale scende al 52.7% per le donne positive allo screening per VA, evidenziando una differenza significativa ( $p<0.0001$ ). Per chi ha specificato con chi, emerge per lo più amici/amiche, partner e famiglia. (tab. 2.2a)

Nella domanda 14 del questionario, si andava ad indagare se, nell'ultimo mese la donna avesse avuto incubi, si fosse sentita particolarmente ansiosa, avesse avuto attacchi di panico e se avesse sentito delle voci e/o rumori che nessun altro sentiva. (tab. 2.2b)

L'83.9% delle madri positive allo screening per VA riportano di aver avuto incubi (il 59.1% 1 o 2 volte, il 24.7% più spesso). Tale percentuale scende al 47.1% per quelle risultate negative allo screening (il 42.0% 1 o 2 volte, il 5.0% più spesso), rilevando una differenza significativa ( $p<0.0001$ ). (tab. 2.2b)

Il quesito relativo al “sentirsi particolarmente ansiosa” segue un trend simile al precedente, delle donne positive per VA il 50.54% risponde “1 o 2 volte” e il 41.94% “più spesso” (totale 92.48%, quasi la totalità), mentre per le donne negative allo screening per VA, il 53.78% risponde “1 o 2 volte” e il 7.56% “più spesso” (totale 61.34%), evidenziando una differenza significativa ( $p<0.0001$ ). (tab. 2.2b)

Per quanto riguarda il dichiarare di aver avuto attacchi di panico, il 46.2% delle donne

positive per VA dichiara “1 o 2 volte” e il 3.2% “più spesso” (totale 49.5%), e delle donne negative per VA dichiara “1 o 2 volte” il 15.1% e “più spesso” il 0.8”, sottolineando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2b)

All’ultimo quesito, che chiedeva “hai sentito voci e/o rumori che nessun altro sentiva?”, delle donne positive allo screening per VA, il 43.0% ha riportato “1 o 2 volte” e il 4.3% “più spesso”, mentre di quelle negative allo screening per VA, il 5.0% ha riportato “1 o 2 volte” e nessuna “più spesso”, evidenziando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2b)

Nella domanda 15, sempre relativamente all’ultimo mese, si è voluto esplorare il grado di concentrazione, le difficoltà a dormire, il sentirsi sotto pressione, in grado di prendere decisioni e superare le difficoltà. (tab. 2.2c)

Per quanto riguarda “l’essere stata in grado di concentrarsi su quello che stava facendo”, le donne positive allo screening per VA, riportano un peggioramento rispetto al solito, nello specifico, per il 37.6% “meno bene del solito”, per il 26.9% “molto meno bene del solito”, mentre per le donne negative allo screening queste percentuali si attestano rispettivamente al 18.5% e 5.9%, evidenziando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ).

Relativamente alla difficoltà a dormire a causa di preoccupazioni, le donne positive allo screening per VA riportano un peggioramento maggiore rispetto a quelle negative allo screening, più specificatamente, il 43.0% riferisce “un po’ più del solito” e il 25.8% “molto più del solito”, mentre le stesse percentuali per le madri negative allo screening tali percentuali risultano, rispettivamente del 26.1% e del 6.7%, rilevando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2c)

Emerge, da questi due quesiti, che le donne positive allo screening riportano in misura maggiore un peggioramento del grado di concentrazione e un aumento delle difficoltà a dormire a causa di preoccupazioni, maggiore in modo significativo rispetto a quelle negative, e quelle risultate negative allo screening riportano un miglioramento o uguale livello del grado di concentrazione e di difficoltà a dormire a causa di preoccupazioni, migliore in modo significativo rispetto a quelle positive allo screening.

In caso di screening positivo per VA, il 30.1% delle madri riporta di essersi sentita meno utile, e il 22.6% molto meno utile (totale 52.7%), mentre in caso di screening negativo tali percentuali risultano, rispettivamente, del 10.9% e del 1.7%, con una differenza che risulta significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2c)

Le donne positive allo screening per VA dichiarano di essersi sentite meno capaci del solito a prendere decisioni, nello specifico, il 29.0% “meno del solito” e il 25.8%

“molto meno del solito” (totale del 54.8%), le stesse percentuali risultano rispettivamente del 9.2% e del 1.7% (totale del 10.9%) per le donne negative allo screening per VA, mostrando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2c)

Il 40.9% delle donne positive allo screening per VA dichiara di essersi sentita costantemente sotto pressione, stressata, “molto più del solito”, e per il 32.3% “un po' più del solito”, (totale del 73.1%), mentre per le donne negative allo screening tali percentuali si attestano al 28.6% e al 7.6% (totale del 36.1%), con una differenza decisamente significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2c)

L'impressione di non essere in grado di superare le difficoltà risulta maggiore per le donne positive allo screening, specificamente, il 39.8% dichiara “un po' più del solito” e il 25.8% “molto più del solito”, mentre le donne negative allo screening dichiarano, rispettivamente, il 16.8% “un po' più del solito” e 4.2% “molto più del solito”, con una differenza che risulta significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab.2.2c)

Nella domanda 16 si chiedeva alle madri se avessero assunto farmaci negli ultimi 12 mesi, e se sì quali. Il 14% ( $n=13$ ) delle donne positive allo screening per VA dichiara “sì” e il 23.5% ( $n=28$ ) delle donne negative allo screening per VA dichiara “sì”, ed i farmaci assunti sono per lo più ansiolitici (3), bactrim (1), bromazepam (1), diclofenac (1), eutirox (2), integratori (1) e tachipirina (2). La differenza non risulta significativa ( $p=0.080$ ). (tab. 2.2d)

Nella domanda 18 veniva chiesto “Negli ultimi 12 mesi, hai avuto traumi fisici, ferite o lesioni?”. Il 22.6% delle donne positive allo screening per violenza assistita hanno risposto “sì”, mentre la percentuale per le donne negative allo screening è risultata del 9.2%, evidenziando una differenza significativa ( $p=0.007$ ). (tab. 2.2d)

Hanno risposto affermativamente ai traumi fisici, ferite o lesioni 32 donne, di queste 21 risultano positive allo screening per violenza assistita, e i traumi si sono suddivisi come segue: 20 per incidente domestico, 1 per incidente stradale, 2 per incidente sportivo, nessuna per aggressioni, 1 per altro (dovuto a rottura coccige al parto). Del totale di 32, invece, 11 sono risultate negative allo screening per violenza assistita e i sono ripartite come di seguito: 5 per incidente domestico, nessuna per incidente stradale, 1 per incidente sportivo, nessuna per aggressioni e 6 per altro non specificato.

Nella domanda 19 si chiedeva “Negli ultimi 12 mesi, nel complesso, dormi bene?”, rilevando una risposta negativa per il 77.4% delle donne positive allo screening per VA e 33.6% per quelle negative, e una risposta affermativa per il 66.4% per le donne negative allo screening per VA e il 22.6% per quelle positive, rilevando una differenza

significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2d)

Nella domanda 20, si chiedeva, inoltre, “Negli ultimi 12 mesi, ti svegli riposata?”, registrando delle risposte con un andamento simile al precedente. L’83.9% delle donne positive allo screening per VA dichiara di non svegliarsi riposata, percentuale che scendo al 38.7% per quelle negative, si svegliano riposata, invece, il 61.3% di quelle negative allo screening e il 16.1% di quelle positive alla VA, rilevando, così, una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.2d)

Nella domanda 21, relativamente all’uso dei servizi, si è cercato di conoscere, relativamente agli ultimi 12 mesi, se la madre si fosse rivolta a dei servizi e, se sì, quali. Una sola madre, delle 93 risultate positive per lo screening violenza assistita, ha dichiarato di essersi rivolta al CAV. Delle 93 madri positive per lo screening violenza assistita, il ricorso agli altri servizi si è così suddiviso:

- Medico di medicina generale: 45 mai, 25 una volta, 16 2/3 volte e 7 più spesso
- Ginecologo/a: 60 mai, 21 una volta, 7 2/3 volte e 5 più spesso
- Psicologo/psichiatra: solo 3 hanno dichiarato di esserci andate 1 volta, 1 sola più spesso, le altre 89 mai
- Pronto soccorso: 84 mai, 6 una volta, 2 2/3 volte e 1 più spesso
- Centro di salute mentale/servizio per le dipendenze: nessuna dichiara di esserci andata negli ultimi 12 mesi
- Consultorio familiare: 3 una volta, 1 2/3 volte e 89 mai
- Servizio sociale: solo 1 dichiara di esserci andata una volta
- Altri specialist o servizi: solo una dichiara di esserci andata 2/3 volte, non specificando a quale servizio si è rivolta

Nella domanda 22 si è chiesto “Negli ultimi 12 mesi, sei stata ricoverata in ospedale?”, hanno risposto affermativamente il 18.3% delle donne positive allo screening per VA e il 22.7% delle donne negative allo screening, senza rilevare una differenza significativa ( $p = 0.70$ ). (tab. 2.2d)



**Madri: stato di salute e risultati dello studio**

	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	No (n=119)	Si (n=93)	
<b>Stato di salute attuale, n (%)</b>			
Molto buona	31 (26.1)	11 (11.8)	<.0001
Buona	75 (63.0)	29 (31.2)	
Così così	13 (10.9)	45 (48.4)	
Cattiva	0 (0.0)	8 (8.6)	
<b>Livello di stress elevato negli ultimi 12 mesi, n (%)</b>			
No	48 (40.3)	10 (10.8)	<.0001
Si	71 (59.7)	83 (89.3)	
<b>Fonti dello stress negli ultimi 12 mesi, n (%)</b>			
<b>Relazione di coppia</b>			
No	108 (90.8)	35 (37.6)	<.0001
Si	11 (9.2)	58 (62.4)	
<b>Relazione con altri familiari</b>			
No	77 (64.7)	31 (33.3)	<.0001
Si	42 (35.3)	62 (66.7)	
<b>Lavoro</b>			
No	104 (87.4)	75 (80.7)	0.20
Si	15 (12.6)	18 (19.4)	
<b>Relazioni amicali</b>			
No	113 (95.0)	84 (90.3)	0.19
Si	6 (5.0)	9 (9.7)	
<b>Salute</b>			
No	83 (69.8)	57 (61.3)	0.20
Si	36 (30.3)	36 (38.7)	
<b>Finanze</b>			
No	112 (94.1)	79 (85.0)	0.03
Si	7 (5.9)	14 (15.1)	
<b>Disponibilità di persone di fiducia, n (%)</b>			
Si	112 (94.1)	49 (52.7)	<.0001
No	6 (5.0)	43 (46.2)	
Non so	1 (0.8)	1 (1.1)	

Tabella 2.2a Stato di salute delle madri, distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

		<b>VIOLENZA ASSISTITA</b>		
		<b>No (n=119)</b>	<b>Si (n=93)</b>	<b>P-value</b>
<b>Nell'ultimo mese</b>				
<b>Incubi, n (%)</b>	No	63 (52.9)	15 (16,1)	<.0001
	1 o 2 volte	50 (42.0)	55 (59.1)	
	Più spesso	6 (5.0)	23 (24.7)	
<b>Sentita particolarmente ansiosa, n (%)</b>	No	46 (38.7)	7 (7.5)	<.0001
	1 o 2 volte	64 (53.8)	47 (50.5)	
	Più spesso	9 (7.6)	39 (41.9)	
<b>Avuto attacchi di panico, n (%)</b>	No	100 (84.0)	47 (50.5)	<.0001
	1 o 2 volte	18 (15.1)	43 (46.2)	
	Più spesso	1 (0.8)	3 (3.2)	
<b>Sentito voci, n (%)</b>	No	113 (95.0)	49 (52.7)	<.0001
	1 o 2 volte	6 (5.0)	40 (43.0)	
	Più spesso	0 (0.0)	4 (4.3)	

Tabella 2.2b Stato di salute delle madri, distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

		<b>VIOLENZA ASSISTITA</b>		
		<b>No (n=119)</b>	<b>Si (n=93)</b>	<b>P-value</b>
<b>Nell'ultimo mese</b>				
<b>Concentrarsi su quello che si fa, n (%)</b>	Meglio del solito	9 (7.6)	5 (5.4)	<.0001
	Come al solito	81 (68.1)	28 (30.1)	
	Meno bene del solito	22 (18.5)	35 (37.6)	
	Molto meno bene del solito	7 (5.9)	25 (26.9)	
<b>Difficoltà a dormire per preoccupazioni, n (%)</b>	Per niente	12 (10.1)	4 (4.3)	<.0001
	Non più del solito	68 (57.1)	25 (26.9)	
	Un po' più del solito	31 (26.1)	40 (43.0)	
	Molto più del solito	8 (6.7)	24 (25.8)	
<b>Sentirsi utile, n (%)</b>	Più del solito	23 (19.3)	7 (7.5)	<.0001
	Come al solito	81 (68.1)	37 (39.8)	
	Meno del solito	13 (10.9)	28 (30.1)	
	Molto meno del solito	2 (1.7)	21 (22.6)	

	VIOLENZA ASSISTITA		
	No (n=119)	Si (n=93)	P-value
<b>Sentirsi capace di prendere decisioni, n (%)</b>			
Più del solito	22 (18.5)	11 (11.8)	<.0001
Come al solito	84 (70.6)	31 (33.3)	
Meno del solito	11 (9.2)	27 (29.0)	
Molto meno del solito	2 (1.7)	24 (25.8)	
<b>Sentirsi costantemente sotto pressione, stressata, n (%)</b>			
Per niente	7 (5.9)	2 (2.2)	<.0001
Non più del solito	69 (58.0)	23 (24.7)	
Un po' più del solito	34 (28.6)	30 (32.3)	
Molto più del solito	9 (7.6)	38 (40.9)	
<b>Impressione di non essere in grado di superare le difficoltà, n (%)</b>			
Per niente	29 (24.4)	7 (7.5)	<.0001
Non più del solito	65 (54.6)	25 (26.9)	
Un po' più del solito	20 (16.8)	37 (39.8)	
Molto più del solito	5 (4.2)	24 (25.8)	

Tabella 2.2c Stato di salute delle madri, distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

	VIOLENZA ASSISTITA		
	No (n=119)	Si (n=93)	P-value
<b>Negli ultimi 12 mesi</b>			
<b>Assunzione farmaci, n (%)</b>			
Si	28 (23.5)	13 (14.0)	0.08
No	91 (76.5)	80 (86.0)	
<b>Traumi fisici, ferite o lesioni, n (%)</b>			
Si	11 (9.2)	21 (22.6)	0.007
No	108 (90.8)	72 (77.4)	
<b>Dormire bene, n (%)</b>			
Si	79 (66.4)	21 (22.6)	<.0001
No	40 (33.6)	72 (77.4)	
<b>Svegliarsi riposata, n (%)</b>			
Si	73 (61.3)	15 (16.1)	<.0001
No	46 (38.7)	78 (83.9)	
<b>Ricovero in ospedale, n (%)</b>			
No	92 (77.3)	76 (81.7)	0.70
Si, 1 volta	24 (20.2)	16 (17.2)	
Si, 2/3 volte	2 (1.7)	0 (0.0)	
Si, più spesso	1 (0.8)	1 (1.1)	

Tabella 2.2d Stato di salute delle madri, distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

La qualità delle relazioni con le persone che ci stanno vicine sono importanti per la salute. L'area successiva, esplorata nel questionario, ha riguardato le relazioni con il partner (marito, compagno, fidanzato) e con i familiari negli ultimi 12 mesi.

Le domande sono state poste relativamente al partner, alla propria famiglia di origine e alla famiglia del proprio partner. I quesiti delle domande 23-30, relativamente al partner, sono quelle che vanno a costituire la scala WAST, utilizzata per lo screening violenza assistita. Le risposte sono suddivise anche rispetto allo screening per violenza assistita, positivo o negativo, e permettono di vedere se risulta statisticamente significativa la differenza.

Ricordiamo che il dichiarare la violenza subita, soprattutto nelle domande più dirette, risulta già essere esito di un processo di consapevolezza, che rappresenta solo la punta dell'iceberg, come già noto in letteratura, l'OMS stima questo "emerso" pari al 10% dei casi realmente esistenti. (1)

Nella domanda 23, è stato chiesto, "In generale, come descriveresti la tua relazione con il partner/ la tua famiglia di origine/ la famiglia del tuo partner? Una relazione con molta tensione, un po' di tensione o nessuna tensione"

La relazione con il partner viene descritta come con "molta tensione" per il 52.7% delle donne positive allo screening e per il 46.2% con "un po' di tensione", solo 1 dichiara "nessuna tensione", tali percentuali, per le donne negative allo screening per VA, risultano, rispettivamente, del 1.7% "molta tensione", 20.2% "un po' di tensione" e 78.2% "nessuna tensione", evidenziando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.3)

Per quanto riguarda la relazione con la propria famiglia di origine, viene dichiarata per il 21.5% con "un po' di tensione" e per il 4.3% "con molta tensione", per le donne positive per VA, mentre, per le donne negative per VA il 10.1% dichiara "un po' di tensione" e nessuna "molta tensione", evidenziando una differenza significativa ( $p = 0.0027$ ). (tab. 2.4)

La relazione con la famiglia del partner risulta con "molta tensione" per l'8.6% delle donne positive per VA, 37.6% con "un po' di tensione" e per il 53.8% "nessuna tensione", le percentuali, per le donne negative allo screening, risultano del 3.4%, 16.8% e del 79.8%, evidenziando una differenza significativa ( $p = 0.0002$ ). (tab. 2.5)

Nella domanda 24 è stato chiesto "Tu e il tuo partner risolvete le liti con...", chiesto poi anche relativamente alla famiglia d'origine e alla famiglia del partner, con possibilità di

risposta: “grande difficoltà”, “un po' di difficoltà” e “nessuna difficoltà”.

Per quanto riguarda le liti con il partner, la differenza tra screening positivo e negativo per VA risulta significativa ( $p < 0.0001$ ). Nello specifico, nello screening positivo il 46.2% delle madri ha dichiarato “un po' di difficoltà” e il 51.6% “grande difficoltà” e il 2.2% “nessuna difficoltà”, mentre per lo screening negativo l'84.0% ha dichiarato “nessuna difficoltà”, il 16.0% “un po' di difficoltà” e nessuna donna ha risposto “grande difficoltà”. (tab. 2.3)

Per quanto riguarda la relazione con la famiglia d'origine, non emergono difficoltà nel risolvere le liti e non si evidenziano differenze significative ( $p = 0.2650$ ). (tab. 2.4)

Emergono invece più difficoltà nel risolvere le liti con la famiglia del partner, maggiore in caso di screening positivo per VA, evidenziando una differenza significativa ( $p = 0.0163$ ), “un po' di difficoltà” per il 36.6% delle donne positive allo screening e 5.4% di loro “grande difficoltà”, mentre per le donne negative allo screening, il 20.2% “un po' di difficoltà” e il 3.4% “grande difficoltà”. (tab. 2.5)

Nella domanda 25 del questionario si chiedeva “Succede mai che le liti (col tuo partner) ti facciano sentire giù, triste o in colpa?”, chiedendo poi, lo stesso quesito anche per la famiglia di origine e per la famiglia del partner.

Le donne positive allo screening per VA riportano in misura maggiore questo e, nello specifico, il 58.1% dichiara “spesso”, il 39.8% “qualche volta” e solo il 2.2% “mai”, mentre le percentuali per le donne risultate negative allo screening sono 1.7% “spesso”, 37.0% “qualche volta” e 61.3% “mai”, evidenziando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.3)

Per quanto riguarda le liti con la famiglia d'origine, dichiarano per lo più “mai” e non si evidenziano differenze significative ( $p = 0.4239$ ). (tab. 2.4)

Relativamente alle liti con la famiglia del partner, dichiarano di sentirsi giù, triste e in colpa “mai”, il 59.1% delle donne positive allo screening e il 74.8% di quelle negative, “qualche volta” il 36.6% delle positive e il 23.5% delle negative, e “spesso” il 4.3% delle positive e l'1.7% delle negative, con una differenza che risulta, anche se in misura minore rispetto alle liti con il partner, significativa ( $p = 0.0402$ ). (tab. 2.5)

Nella domanda 26, si chiedeva “Succede mai che le liti (col tuo partner) si risolvano in botte, calci e spintoni?”, e, in questo caso, il 100.0% delle donne negative allo screening per VA hanno risposto “mai”, mentre le donne positive allo screening hanno risposto “qualche volta” per il 19.4% e “spesso” per il 6.5%, evidenziando una differenza

significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.3)

Per quanto riguarda le liti con la famiglia di origine, la totalità delle donne negative allo screening e quasi la totalità (92 su 93) di quelle positive rispondono “mai. Nessuna differenza significativa ( $p = 0.4387$ ). (tab. 2.4)

Relativamente alle liti con la famiglia del partner, l’andamento risulta simile al precedente, con quasi la totalità delle donne (118 su 119 per le donne negative allo screening e 91 su 93 per quelle positive) rispondono “mai”, non evidenziando differenze significative ( $p = 0.7220$ ). (tab. 2.5)

Nella domanda 27, si chiedeva “Ti succede mai di sentirti spaventata per ciò che il tuo partner fa o dice?”, e risponde “qualche volta” il 39.8% delle donne positive allo screening e “spesso” il 50.5%, mentre per le negative “qualche volta” il 0.8% e “spesso” nessuna, evidenziando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.3)

La stessa domanda, rispetto alla famiglia d’origine, ha evidenziato l’8.6% “qualche volta” e il 2.2% “spesso” tra le donne positive allo screening per VA e per quelle negative, rispettivamente, 0.8% “qualche volta” e nessuna “spesso”, mostrando una differenza significativa ( $p = 0.0025$ ). (tab. 2.4)

Rispetto alla famiglia del partner, la differenza si mantiene significativa ( $p < 0.0001$ ). Le donne positive allo screening dichiarano per il 5.4% “spesso”, il 22.6% “qualche volta” e 72.0% “mai”, mentre per quelle negative allo screening, le percentuali sono, rispettivamente: 1.7% “spesso”, 3.4% “qualche volta” e 95.0% “mai”. (tab. 2.5)

Nella domanda 28 si chiedeva se fosse mai stata maltrattata fisicamente dal partner, e, poi, dalla famiglia d’origine e dalla famiglia del partner. Il 78.5% delle donne positive allo screening ha risposto “mai”, il 16.1% “qualche volta” e il 5.4% “spesso”, mentre le donne negative allo screening per VA, hanno risposto in toto “mai”, rilevando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.3)

Per quanto riguarda i maltrattamenti fisici dalla famiglia d’origine, il 100.0% delle donne positive allo screening per VA ha risposto “mai” e pure la quasi totalità di quelle negative allo screening (117 su 119). Non sono emerse differenze significative ( $p = 0.5052$ ). (tab. 2.4)

Emergono in linea con l’andamento precedente anche le risposte per i maltrattamenti fisici dalla famiglia del partner, rispetto ai quali, la quasi totalità per entrambe le categorie (118 su 119 per screening negativo e 91 su 93 per screening positivo) riporta “mai”, rilevando una differenza non significativa ( $p = 0.5829$ ). (tab. 2.5)

Nella domanda 29 si chiedeva se la donna avesse mai subito maltrattamenti psicologici da parte del partner, della famiglia d'origine e della famiglia del partner.

Nessuna donna negativa allo screening per VA ha risposto "spesso" e solo il 4.2% ha risposto "qualche volta", la quasi totalità (114 su 119) ha risposto mai, pari al 95.8%, mentre il 43.0% delle donne positive allo screening ha dichiarato di averli subito "spesso", il 46.24% "qualche volta" e il 10.8% "mai", evidenziando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.3)

Il 3.23% delle donne positive allo screening per VA dichiara di aver subito "spesso" maltrattamenti psicologici dalla famiglia d'origine e il 14.0% "qualche volta", mentre tra le donne negative allo screening, nessuna riporta "spesso" e solo 2 "qualche volta", pari al 1.7%, con una differenza significativa tra i due tipi di screening ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.4)

La differenza risulta significativa anche rispetto ai maltrattamenti psicologici dalla famiglia del partner ( $p < 0.0001$ ). Delle donne positive allo screening, il 5.4% risponde "spesso", il 30.1% "qualche volta" e il 64.5% "mai", mentre tra quelle negative allo screening, l'1.7% risponde "spesso", il 4.2% "qualche volta" e il 94.1%, quasi la totalità, "mai". (tab. 2.5)

La domanda 30 chiedeva se la donna avesse subito abuso sessuale da parte del partner, dalla famiglia d'origine e/o dalla famiglia del partner.

La totalità delle donne negative allo screening per VA risponde "mai", mentre tra le donne positive allo screening, il 2.2% risponde "spesso" e il 3.2% "qualche volta", rilevando una differenza significativa ( $p = 0.0153$ ). (tab. 2.3)

Nessuna donna, per entrambe le categorie di screening, dichiara di aver subito abuso sessuale nella famiglia d'origine o dalla famiglia del partner. (tabb. 2.4, 2.5)

Nella domanda 31 del questionario si è chiesto "è successo che (il tuo partner/famiglia d'origine/famiglia del partner) ti critichi intensamente o ti tratti male?".

Le critiche intense e l'esser trattate male male risulta presente maggiormente nelle donne positive allo screening per VA, il 46.2% risponde "spesso" e il 41.9% "a volte", mentre tra le donne negative allo screening, nessuna riporta "spesso" e l'8.4% "a volte", rilevando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.6)

Nessuna differenza significativa evidenziata relativamente alla famiglia d'origine, dove la quasi totalità riporta "mai", 110 su 119 per lo screening negativo, e 80 su 93, per

quello positivo. (tab. 2.6)

Rispetto alla famiglia del partner, invece, il 3.2% delle donne positive allo screening riporta “spesso” e il 30.1% “a volte”, mentre per le donne negative allo screening tali percentuali scendono, rispettivamente, al 1.7% e al 8.4%, mostrando una differenza significativa ( $p < 0.0001$ ). (tab. 2.6)

Nella domanda 32, e nella successiva domanda 33, si è voluto esplorare cosa pensano le madri rispetto alla possibilità che i figli/e ne risentano di eventuali problemi nella relazione di coppia e/o con altri familiari.

Quello che emerge è che l'82.8% delle donne positive allo screening dichiara “sì”, come l'84.9% di quelle negative allo screening, “no” rispettivamente il 7.5% e l'8.4% e “non so” il 9.7% e il 6.7%, non mostrando differenze significative ( $p = 0.7243$ ). (tab. 2.6)

Lo stesso tipo di consapevolezza appare evidente anche rispetto ai problemi con altri familiari. L'82.8% delle donne positive allo screening ritiene che i figli/e ne possano risentire, e pure l'80.7% di quelle negative. Il 6.5% delle positive dichiara di “no”, come il 10.1% delle negative e, rispettivamente, il 10.8% e il 9.2% dichiara “non so”. Nessuna differenza significativa rilevata ( $p = 0.6188$ ). (tab. 2.6)



### Madri: relazioni con il partner (WAST) – risultati dello studio

	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	No	Si	
<b>Domande WAST, n (%)</b>	<b>n=119 (56.1%)</b>	<b>n=93 (43.9%)</b>	
<b>In generale, come descriveresti la relazione con il tuo partner? Una relazione con:</b>			
2- Molta tensione	2 (1.7)	49 (52.7)	<.0001*
1-Un po' di tensione	24 (20.2)	43 (46.2)	
0-Nessuna tensione	93 (78.2)	1 (1.1)	
<b>Tu e il tuo partner risolvete le liti con:</b>			
2-Grande difficoltà	0 (0.0)	48 (51.6)	<.0001*
1-Un po' di difficoltà	19 (16.0)	43 (46.2)	
0-Nessuna difficoltà	100 (84.0)	2 (2.2)	
<b>Succede mai che le liti (col tuo partner) ti facciano sentire giù, triste o in colpa?</b>			
2- Spesso	2 (1.7)	54 (58.0)	<.0001*
1-Qualche volta	44 (37.0)	37 (39.8)	
0-Mai	73 (61.3)	2 (2.2)	
<b>Succede mai che le liti (col tuo partner) si risolvano in botte, calci o spintoni?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	6 (6.5)	<.0001*
1-Qualche volta	0 (0.0)	18 (19.4)	
0-Mai	119 (100.0)	69 (74.2)	
<b>Ti succede mai di sentirti spaventata per ciò che il tuo partner fa o dice?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	47 (50.5)	<.0001*
1-Qualche volta	1 (0.8)	37 (39.8)	
0-Mai	118 (99.2)	9 (9.7)	
<b>È mai successo che il tuo partner ti abbia maltrattata fisicamente?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	5 (5.4)	<.0001*
1-Qualche volta	0 (0.0)	15 (16.1)	
0-Mai	119 (100.0)	73 (78.5)	
<b>È mai successo che il tuo partner ti abbia maltrattata psicologicamente?</b>			
2-Spesso	0 (0.0)	40 (43.0)	<.0001*
1-Qualche volta	5 (4.2)	43 (46.2)	
0-Mai	114 (95.8)	10 (10.8)	
<b>È mai successo che il tuo partner abbia abusato di te sessualmente?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	2 (2.2)	0.02*
1-Qualche volta	0 (0.0)	3 (3.2)	
0-Mai	119 (100.0)	88 (94.6)	

\*Exact Fisher test

Tabella 2.3 Madri: relazioni con il partner, domande scala WAST - distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

## Madri: relazioni con famiglia d'origine – risultati dello studio

Domande NO WAST, n (%)	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	No n=119 (56.1%)	Si n=93 (43.9%)	
<b>In generale, come descriveresti la relazione con la tua famiglia d'origine? Una relazione con:</b>			
2- Molta tensione	0 (0.0)	4 (4.3)	0.003
1-Un po' di tensione	12 (10.1)	20 (21.5)	
0-Nessuna tensione	107 (89.9)	69 (74.2)	
<b>Tu e la tua famiglia d'origine risolvete le liti con:</b>			
2-Grande difficoltà	1 (0.8)	2 (2.2)	0.27
1-Un po' di difficoltà	14 (11.8)	17 (18.3)	
0-Nessuna difficoltà	104 (87.4)	74 (79.6)	
<b>Succede mai che le liti (con la tua famiglia d'origine) ti facciano sentire giù, triste o in colpa?</b>			
2- Spesso	2 (1.7)	3 (3.2)	0.42
1-Qualche volta	34 (28.6)	20 (21.5)	
0-Mai	83 (69.8)	70 (75.3)	
<b>Succede mai che le liti (con la tua famiglia d'origine) si risolvano in botte, calci o spintoni?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	1 (1.1)	0.44*
1-Qualche volta	0 (0.0)	0 (0.0)	
0-Mai	119 (100.0)	92 (98.9)	
<b>Ti succede mai di sentirti spaventata per ciò che la tua famiglia d'origine fa o dice?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	2 (2.2)	0.003*
1-Qualche volta	1 (0.8)	8 (8.6)	
0-Mai	118 (99.2)	83 (89.3)	
<b>È mai successo che la tua famiglia d'origine ti abbia maltrattata fisicamente?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	0 (0.0)	0.51*
1-Qualche volta	2 (1.7)	0 (0.0)	
0-Mai	117 (98.3)	93 (100.0)	
<b>È mai successo che la tua famiglia d'origine ti abbia maltrattata psicologicamente?</b>			
2-Spesso	0 (0.0)	3 (3.2)	<.0001*
1-Qualche volta	2 (1.7)	13 (14.0)	
0-Mai	117 (98.3)	77 (82.8)	
<b>È mai successo che la tua famiglia d'origine abbia abusato di te sessualmente?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
1-Qualche volta	0 (0.0)	0 (0.0)	
0-Mai	119 (100.0)	93 (100.0)	

\*Exact Fisher test; NA=not applicable

Tabella 2.4 Madri: relazioni con la famiglia d'origine, domande no scala WAST - distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

### Madri: relazioni con famiglia del partner– risultati dello studio

	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	No	Si	
<b>Domande NO WAST, n (%)</b>	<b>n=119 (56.1%)</b>	<b>n=93 (43.9%)</b>	
<b>In generale, come descriveresti la relazione con la famiglia del partner? Una relazione con:</b>			
2- Molta tensione	4 (3.4)	8 (8.6)	<.0001
1-Un po' di tensione	20 (16.8)	35 (37.6)	
0-Nessuna tensione	95 (79.8)	50 (53.8)	
<b>Tu e la famiglia del partner risolvete le liti con:</b>			
2-Grande difficoltà	4 (3.4)	5 (5.4)	0.02
1-Un po' di difficoltà	24 (20.2)	34 (36.6)	
0-Nessuna difficoltà	91 (76.5)	54 (58.1)	
<b>Succede mai che le liti (con la famiglia del partner) ti facciano sentire giù, triste o in colpa?</b>			
2- Spesso	2 (1.7)	4 (4.3)	0.04
1-Qualche volta	28 (23.5)	34 (36.6)	
0-Mai	89 (74.8)	55 (59.1)	
<b>Succede mai che le liti (con la famiglia del partner) si risolvano in botte, calci o spintoni?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	1 (1.1)	0.72*
1-Qualche volta	1 (0.8)	1 (1.1)	
0-Mai	118 (99.2)	91 (97.9)	
<b>Ti succede mai di sentirti spaventata per ciò che la famiglia del partner fa o dice?</b>			
2- Spesso	2 (1.7)	5 (5.4)	<.0001
1-Qualche volta	4 (3.4)	21 (22.6)	
0-Mai	113 (95.0)	67 (72.0)	
<b>È mai successo che la famiglia del partner ti abbia maltrattata fisicamente?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	0 (0.0)	0.58*
1-Qualche volta	1 (0.8)	2 (2.2)	
0-Mai	118 (99.2)	91 (97.9)	
<b>È mai successo che la famiglia del partner ti abbia maltrattata psicologicamente?</b>			
2-Spesso	2 (1.7)	5 (5.4)	<.0001
1-Qualche volta	5 (4.2)	28 (30.1)	
0-Mai	112 (94.1)	60 (64.5)	
<b>È mai successo che la famiglia del partner abbia abusato di te sessualmente?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
1-Qualche volta	0 (0.0)	0 (0.0)	
0-Mai	119 (100.0)	93 (100.0)	

\*Exact Fisher test; NA=not applicable

Tabella 2.5 Madri: relazioni con la famiglia del partner, domande no scala WAST - distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

### Madri: critica intensa e impatto su figli/e – risultati dello studio

	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	No	Si	
<b>Domande NO WAST, n (%)</b>	<b>n=119 (56.1%)</b>	<b>n=93 (43.9%)</b>	
<b>È successo che il partner ti critichi intensamente o ti tratti male?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	43 (11.8)	<.0001
1-A volte	10 (8.4)	39 (41.9)	
0-Mai	109 (91.6)	11 (11.8)	
<b>È successo che la tua famiglia d'origine ti critichi intensamente o ti tratti male?</b>			
2- Spesso	0 (0.0)	3 (3.2)	0.10
1-A volte	9 (7.6)	10 (10.8)	
0-Mai	110 (92.4)	80 (86.0)	
<b>È successo che la famiglia del partner ti critichi intensamente o ti tratti male?</b>			
2- Spesso	2 (1.7)	3 (3.2)	<.0001
1-A volte	10 (8.4)	28 (30.1)	
0-Mai	107 (89.9)	62 (66.7)	
<b>Se ci sono dei problemi nella relazione di coppia, secondo te, tuo/a figlio/a ne risente?</b>			
1-Sì	101 (84.9)	77 (82.8)	0.72
2-No	10 (8.4)	7 (7.5)	
3-Non so	8 (6.7)	9 (9.7)	
<b>Se ci sono dei problemi nella relazione con gli altri familiari, secondo te, tuo/a figlio/a ne risente?</b>			
1-Sì	96 (80.7)	77 (82.8)	0.62
2-No	12 (10.1)	6 (6.5)	
3-Non so	11 (9.2)	10 (10.8)	

Tabella 2.6 Madri: altre domande no scala WAST - distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

La domanda 34 chiedeva spunti, proposte per migliorare la situazione in diverse aree, dando l'opportunità alle madri che hanno compilato il questionario di esprimere ciò che ritengono più opportuno, con una parte ulteriore finale dedicata ai commenti liberi.

La domanda "Secondo te, quali servizi potrebbero aiutare le mamme o migliorare il loro benessere?" è stata posta relativamente a: asili nidi, dopo scuola o scuola a tempo pieno, servizi di baby sitting, sostegno economico alle mamme, sostegno economico per le famiglie con figli/e, maggiori possibilità di lavoro per le donne, cure mediche gratuite per le donne, corsi di formazione sulla maternità, corsi di formazione sulla paternità, offerta di formazioni (lingue, informatica, ect) con servizio di baby sitting, piste ciclabili, spazi verdi/giardini, altro, alle quali le madri potevano rispondere: molto importante, abbastanza importante o meno importante.

Le opinioni delle madri, rilevate dalle loro risposte, hanno evidenziato: gli asili nidi come molto importanti per 146 donne, il dopo scuola o scuola a tempo pieno per 137 madri, i servizi di baby sitting per 122, il sostegno economico alle mamme per 157, il sostegno economico per le famiglie con figli/e per 161, maggiori possibilità di lavoro per le donne per 159, cure mediche gratuite per le donne per 150, corsi di formazione sulla maternità per 148 e sulla paternità per 149, l'offerta di formazioni con servizio di baby sitting per 85 donne, piste ciclabili per 81 madri e spazi verdi/giardini per 102. E rilevando una differenza significativa per “maggiori possibilità di lavoro per le donne” ( $p=0.0146$ ) e per “spazi verdi/giardini” ( $p=0.0230$ ). (tab. 2.7)

### Madri: opinioni sui servizi e richiesta di welfare

	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	No	Si	
<b>Servizi e Welfare, n (%)</b>	<b>n=119 (56.1%)</b>	<b>n=93 (43.9%)</b>	
<b>Asili nidi</b>			
1- Molto importante	88 (74.0)	58 (62.4)	0.19
2-Abbastanza importante	25 (21.0)	28 (30.1)	
3-Meno importante	6 (5.0)	7 (7.5)	
<b>Dopo scuola o scuola a tempo pieno</b>			
1- Molto importante	83 (69.8)	54 (58.1)	0.12
2-Abbastanza importante	32 (26.9)	31 (33.3)	
3-Meno importante	4 (3.4)	8 (8.6)	
<b>Servizi di baby-sitting</b>			
1- Molto importante	71 (59.7)	51 (54.8)	0.42
2-Abbastanza importante	39 (32.8)	30 (32.3)	
3-Meno importante	9 (7.6)	12 (12.9)	
<b>Sostegno economico alle mamme</b>			
1- Molto importante	82 (68.9)	75 (80.7)	0.14
2-Abbastanza importante	33 (27.7)	17 (18.3)	
3-Meno importante	4 (3.4)	1 (1.1)	
<b>Sostegno economico per le famiglie con figli/e</b>			
1- Molto importante	84 (70.6)	77 (82.8)	0.07
2-Abbastanza importante	33 (27.7)	14 (15.1)	
3-Meno importante	2 (1.7)	2 (2.2)	
<b>Maggiori possibilità di lavoro per le donne</b>			
1- Molto importante	96 (80.7)	63 (67.7)	0.01
2-Abbastanza importante	22 (18.5)	23 (24.7)	
3-Meno importante	1 (0.8)	7 (7.5)	

<b>Cure mediche gratuite per le donne</b>			
1- Molto importante	81 (68.1)	69 (74.2)	0.22
2- Abbastanza importante	35 (29.4)	19 (20.4)	
3- Meno importante	3 (2.5)	6 (6.5)	
<b>Corsi di formazione sulla maternità</b>			
1- Molto importante	76 (63.9)	72 (77.4)	0.05
2- Abbastanza importante	38 (31.9)	16 (17.2)	
3- Meno importante	5 (4.2)	5 (5.4)	
<b>Corsi di formazione sulla paternità</b>			
1- Molto importante	77 (64.7)	72 (77.4)	0.10
2- Abbastanza importante	34 (28.6)	15 (16.1)	
3- Meno importante	8 (6.7)	6 (6.5)	
<b>Offerta formazioni con servizio di baby-sitting</b>			
1- Molto importante	46 (38.7)	39 (41.9)	0.06
2- Abbastanza importante	56 (47.1)	31 (33.3)	
3- Meno importante	17 (14.3)	23 (24.7)	
<b>Piste ciclabili</b>			
1- Molto importante	47 (39.5)	34 (36.6)	0.19
2- Abbastanza importante	51 (42.9)	33 (35.5)	
3- Meno importante	21 (17.7)	26 (28.0)	
<b>Spazi verdi/giardini</b>			
1- Molto importante	63 (52.9)	39 (41.9)	0.02
2- Abbastanza importante	45 (37.8)	33 (35.5)	
3- Meno importante	11 (9.2)	21 (22.6)	

Tabella 2.7 Madri: opinioni su servizi e richiesta welfare - distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo

Nella parte dedicata alla possibilità di scrivere dei commenti liberi, 5 donne hanno scritto delle proprie riflessioni, che riportiamo di seguito:

1. Corsi di formazione sulla paternità dovrebbero essere inventati, spesso gli uomini fanno di più da amici che da papà, lasciando a noi mamme il compito di dare regole
2. Il periodo in cui stiamo vivendo (covid-19) penso porti alle mamme apprensione e paura per la salute e la vita futura dei propri figli
3. Non ci sono gli stessi privilegi per tutti
4. Sarebbe utile di poter rivolgere ad un centro di ascolto per le famiglie in difficoltà
5. L'integrazione nella società è molto importante per la madre e il padre (partecipare ad attività sociali nelle donne culturali, essere membro di club culturali, sportivi, sanitari, sociali, ect.)

### 3.5 Minori - caratteristiche socio-demografiche, anamnestiche e cliniche

Allo stesso modo di quanto fatto per le madri si presenta la distribuzione delle variabili ritenute importanti per la lettura del campione sotto studio, presentando il p-value di confronto tra chi è positivo o meno allo screening per violenza assistita.

Per quanto riguarda i/le minori risultati/e positivi/e allo screening per violenza assistita, per 48 su 93 si è trattato di OBI/OT (Osservazione breve/temporanea in pronto soccorso), mentre per 45 di ricovero. Non c'è differenza statisticamente significativa tra positivi e negativi allo screening per tipo di osservazione in PS ( $p=0.20$ ). (tab.3.1)

Dei 45 ricoverati positivi allo screening, 11 sono stati ricoverati in clinica pediatrica, 17 in chirurgia pediatrica, 10 in neuropsichiatria pediatrica e 7 in ortopedia pediatrica.

Per quanto riguarda il sesso dei/delle minori, non si evidenzia una differenza significativa tra chi è risultato positivo o negativo alla violenza assistita ( $p=0.27$ ) e si ripartisce come da tabella. (tab. 3.1)

Per i minori, risultati positivi per lo screening violenza assistita, l'età mediana risulta essere di anni 7 (IQR: 2-13 anni), per chi risulta negativo allo screening per violenza assistita è di 6 anni (IQR: 1-12 anni). Non esiste differenza statisticamente significativa tra l'età ( $p=0.28$ ). Nel totale del campione di minori l'età mediana risulta essere di anni 6.5 (IQR: 1.5-12 anni). (tab. 3.1)

Il numero mediano di accessi al pronto soccorso pediatrico negli ultimi 12 mesi per i/le minori, sia positivi/e che negativi/e per lo screening violenza assistita, è di 2 (IQR: 1-3 accessi). Non si evidenzia nessuna differenza statisticamente significativa ( $p=0.55$ ). (tab. 3.1)

La durata del sintomo presentato è stata suddivisa tra: inferiore ad una settimana, tra una settimana e un mese, da 1 a 3 mesi e superiore a 3 mesi, distribuendosi come da tabella. Non c'è differenza statisticamente significativa ( $p=0.68$ ). Solo per pochi casi era presente una patologia organica di base, con differenza non statisticamente significativa ( $p=0.30$ ). (tab. 3.1)

Nessuno dei/delle minori presente nella raccolta dati è risultato positivo per il "sospetto maltrattamento", precedentemente segnalato dal personale ospedaliero mediante il flag / campo "focchetto rosa". La valutazione della nutrizione e le condizioni di igiene personale sono risultate nella norma per tutti/e i/le minori.

Pur apparendo al momento dell'ingresso in uno stato "apparentemente normale" il 61% dei positivi allo screening per violenza assistita, si evidenzia uno stato psico-fisico-

emotivo del/della minore riportato in fase di ingresso, significativamente diverso ( $p=0.002$ ) tra screening positivo e negativo per il criterio violenza assistita, evidenziando uno stato psico-fisico-emotivo maggiormente fuori dalla norma per lo screening positivo rispetto al negativo. (tab. 3.1)

### Minori: caratteristiche demografiche e risultati dello studio

	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	NO n=119 (56.1%)	SI n=93 (43.9%)	
<b>Mediana età minori (IQR)</b>	6 (1-12)	7 (2-13)	0.28
<b>Mediana nr accessi al PS negli ultimi 12 mesi (IQR)</b>	2 (1-3)	2 (1-3)	0.55
<b>Sesso, n (%)</b>			0.27
Femmine	55 (46.2)	36 (38.7)	
Maschi	64 (53.8)	57 (61.3)	
<b>Minore in, n (%)</b>			0.20
OBI/OT	72 (60.5)	48 (51.6)	
Ricovero	47 (39.5)	45 (48.4)	
<b>Disturbi del sonno, n (%)</b>			0.04
No	101 (84.9)	68 (73.1)	
Si	18 (15.1)	25 (26.9)	
<b>Patologia organica di base, n (%)</b>			0.30
No	114 (95.8)	86 (92.5)	
Si	5 (4.2)	7 (7.5)	
<b>Durata del sintomo in ingresso, n (%)</b>			0.68*
< 1 settimana	112 (94.1)	85 (91.4)	
>1 settimana – 1 mese	5 (4.2)	6 (6.5)	
1 – 3 mesi	0 (0.0)	1 (1.1)	
>3 mesi	2 (1.7)	1 (1.1)	
<b>Periodo perdita scolastica, n (%)</b>			NA
No	69 (58.0)	47 (50.5)	
< 1 settimana	49 (41.2)	45 (48.4)	
>1 settimana – 1 mese	1 (0.8)	1 (1.1)	
<b>Stato psico-fisico-emotivo all'accesso al PS, n (%)</b>			0.002*
Apparentemente normale	98 (82.4)	57 (61.3)	
Rallentato	4 (3.4)	10 (10.8)	
Aggressivo	0 (0.0)	3 (3.2)	
Ansioso/pianto	17 (14.3)	23 (24.7)	

\*Exact Fisher test, NA=not applicable

Tabella 3.1 Minori: caratteristiche demografiche e risultati dello studio - distribuzione e confronto per screening violenza assistita positivo e negativo



### 3.6 Minori - Diagnosi di dimissione

Tra gli obiettivi secondari dello studio vi era anche la descrizione, per la popolazione risultata positiva allo screening violenza assistita, della distribuzione della diagnosi di dimissione per patologia organica, funzionale e psichiatrica ed il suo confronto con quella risultata negativa allo screening.

Dai dati raccolti, le diagnosi di dimissione, sul campione di 212 diadi madri-figli/e, emergono suddivise come segue: 175 diagnosi organica (82.5%), funzionale 23 (10.9%) e psichiatrica 14 (6.6%). Dal confronto per diagnosi alla dimissione, fra screening risultato positivo per il criterio violenza assistita e quello negativo, non emergono differenze significative ( $p=0.10$ ). Per la popolazione risultata positiva allo screening violenza assistita, la diagnosi organica è pari al 79.6% ( $n=74$ ), quella funzionale al 9.7% ( $n=9$ ) e quella psichiatrica al 10.8% ( $n=10$ ); mentre per il risultato negativo risulta organica per l'84.9% ( $n=101$ ), funzionale per il 11.8% ( $n=14$ ) e psichiatrica per il 3.4% ( $n=4$ ). (tab. 3.2)

#### Minori: macro-area diagnosi di dimissione

	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	No (n=119)	Si (n=93)	
<b>Classe patologia dimissione, n (%)</b>			
Organica	101 (84.9)	74 (79.6)	0.10*
Funzionale	14 (11.8)	9 (9.7)	
Psichiatrica	4 (3.4)	10 (10.8)	

\*Exact Fisher test

Tabella 3.2 Distribuzione della diagnosi finale di dimissione per classe patologica organica, funzionale e psichiatrica

Il confronto per diagnosi di dimissione fra risultato positivo e negativo allo screening per violenza assistita, non risulta significativo nemmeno includendo i casi “borderline”, ( $p=0.13$ ). (tab. 3.3)

Non risulta significativo il p-value, ma emerge come la percentuale di patologia psichiatrica in screening positivo alla violenza assistita risulta il triplo rispetto allo screening negativo. (10.8% per screening positivo e 3.4% per screening negativo).

**Minori: macro-area diagnosi di dimissione (violenza assistita potenziale)**

	VIOLENZA ASSISTITA		P-value
	No (n=101)	Si (n=111)	
<b>Classe patologia dimissione, n (%)</b>			
Organica	87 (86.1)	88 (79.3)	0.13*
Funzionale	11 (10.9)	12 (10.8)	
Psichiatrica	3 (3.0)	11 (9.9)	

\*Exact Fisher test

Tabella 3.3 Distribuzione della diagnosi finale di dimissione per classe patologica organica, funzionale e psichiatrica, per violenza assistita potenziale (inclusi i punteggi 3 allo screening)

Una nota particolare, da sottolineare, riguarda, relativamente alla diagnosi di dimissione, il totale dei/delle minori con diagnosi di dimissione “epilessia/stato di grande/piccolo male epilettico, pari a 34 (16.0% sul totale di 212), di cui 12 risultano positivi per lo screening violenza assistita. Non vi è al momento letteratura sufficiente che esplora e supporta eventuali connessioni nello specifico a riguardo. Il campione non è rappresentativo e l’osservazione risulta interessante da un mero punto di vista clinico.

## CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 4.1 Discussione

Tutte le donne, alle quali è stata presentata la ricerca, hanno aderito compilando il questionario autosomministrato, rilevando come importante, quasi nella totalità, l'anonimato e la possibilità di compilarlo in modalità autosomministrata. La paura di ripercussioni sui figli/e e/o sulle loro relazioni è un tema delicato, presente e concausa del grande sommerso non dichiarato di violenza domestica esistente, da cui l'estrema accuratezza nel seguire le linee guida per la ricerca sulla violenza su donne e minori.(6-7,9,26-27,98-100)

La prevalenza della violenza assistita emersa, obiettivo principale di questo studio, è stata del 43.9%, coinvolgendo 93 diadi madre-figlio/a su 212 totali che hanno aderito allo studio.

Tale percentuale, del 43.9%, appare superiore alle previsioni ma ricordando che la raccolta dati ha coinciso con il periodo di emergenza sanitaria e restrizioni, nel quale si è rilevato una maggior segnalazione della violenza (125), data proprio dalla maggiore esposizione temporale e spaziale in famiglia, propria della "convivenza forzata" che ha caratterizzato questo periodo, allora possiamo pensare che la percentuale trovata possa essere in linea con la situazione reale.

Le analisi Istat, infatti, nel periodo marzo-giugno 2020, relativamente al trend del fenomeno della violenza domestica durante il periodo della pandemia, rilevando i dati dalle richieste di aiuto al 1522 (numero verde in caso di violenza contro le donne), hanno evidenziato, rispetto allo stesso periodo nel 2019:

- un aumento del 73% delle richieste di aiuto
- nel 93,4% dei casi, la violenza aveva luogo in casa
- il 45,3% delle donne vittime di violenza domestica si dichiarava preoccupata per la propria sicurezza e in pericolo di vita
- il 72,8% non ha denunciato il crimine subito
- nel 64,1% dei casi di violenza domestica, si riportava anche violenza assistita

Tale aumento della violenza emersa può far pensare a due motivazioni, non necessariamente mutualmente escludibili, una maggior segnalazione del cosiddetto "sommerso" da

un lato, data anche la maggior esposizione temporale e spaziale data dall'impossibilità stessa per le donne di recarsi altrove, ed un aumento e/o intensificarsi della violenza stessa dall'altro. Ad oggi non possiamo escludere nessuna delle due ipotesi e la riflessione rimane aperta.(121-125,129)

Obiettivo secondario dello studio era descrivere la popolazione risultata positiva allo screening per violenza assistita, in termini di caratteristiche anagrafiche, anamnestiche e cliniche, tra cui anche la diagnosi di dimissione per patologia organica, funzionale e psichiatrica e confrontarla con quella risultata negativa.

Procedendo con ordine, si illustrano le caratteristiche delle madri facenti parte la diade madre-figlio/a positiva allo screening per violenza assistita.

Nei casi con screening positivo per violenza assistita (n=93), le donne sono per lo più di nazionalità italiana (71.0%, n=66), l'età mediana è di 39 anni (IQR: 33-44 anni), l'età mediana in cui hanno lasciato la scuola è di 19 anni (IQR: 18-23 anni) e sono per lo più occupate (55.9%, n=52), ma part-time. Il livello di istruzione è di buon livello, solo 23.7% (n=22) non hanno conseguito il diploma di scuola media superiore e di queste 12, hanno un diploma di formazione professionale. I dati relativi allo stato civile vedono le donne positive allo screening per lo più coniugate (74.2%, n=69) e dichiarano, per lo più, di vivere con il partner e i figli/e (94.6%, n=88). Esplorando come la madre ritenga sia il suo stato di salute al momento della compilazione del questionario, per la diade risultata positiva allo screening per violenza assistita, le madri riportano uno stato di salute complessivamente peggiore, rispetto alle negative, l'11.8% ha risposto "molto buona", il 31.2% "buona", il 48.4% "così così" e l'8.6% "cattiva". Dichiarano, inoltre, di sentirsi sottoposte a forte stress (89.3% del totale delle positive 93), per lo più dovuto a problemi nella coppia (62.4% delle positive, a confronto con il 9.2% delle negative), lo stress riportato per problemi familiari evidenzia questo andamento (66.7% delle positive, a confronto con il 35.3% delle negative).

Lo stato di salute dichiarato dalle donne risultate positive risulta essere meno buono rispetto a quelle negative allo screening per violenza assistita. Le donne riportano, riferito all'ultimo mese, maggiori episodi di attacchi di panico e/o ansia, incubi, meno possibilità di fidarsi con qualcuno in caso di preoccupazioni e/o momenti di difficoltà, e dichiarano di aver sentito voci e/o rumori che nessun altro sentiva con differenze significative rispetto alle donne negative allo screening per VA.

In caso di screening positivo per VA, le madri riportano un peggiore grado di concentrazione su ciò che fanno e un aumento delle difficoltà a dormire a causa di preoccupazioni. Inoltre, si sono sentite meno utili, meno capaci di prendere decisioni, molto di più ri-

spetto al solito costantemente sotto pressione, stressate e hanno avuto una maggiore impressione, molto di più rispetto al solito, di non essere in grado di superare le difficoltà, evidenziando una differenza significativa rispetto allo screening negativo. Risultano essere più isolate e non ricorrono ai servizi di supporto e aiuto in caso di violenza domestica.

Le madri positive allo screening per VA, inoltre, dichiarano di non dormire bene, rispetto a quelle negative. Oltre a dormire peggio, non si svegliano riposata, evidenziando una differenza significativa anche per questi parametri. Questo a conferma di quanto già noto in letteratura (30,52), le donne che vivono situazioni di violenza domestica, dormono peggio e non si svegliano riposata, a differenza di quelle che vivono una relazione di coppia priva di violenza domestica, mantenendo una buona qualità del sonno.

Per le madri positive allo screening per VA, la relazione con il partner viene descritta come una relazione con tensione o molta tensione, differenziandosi in modo significativo da quelle negative allo screening per VA. La tensione risulta maggiore anche rispettivamente alla famiglia del partner, anche se in misura minore, e, in misura ancor minore, con la propria famiglia d'origine.

Per quanto riguarda la risoluzione delle liti con il partner, le donne positive per VA dichiarano di risolvere le liti con difficoltà o grande difficoltà. Per quanto riguarda la relazione con la famiglia d'origine, non emergono difficoltà nel risolvere le liti e non si evidenziano differenze significative. Emergono invece maggiori difficoltà nel risolvere le liti con la famiglia del partner, in misura più frequente per le donne positive allo screening, evidenziando una differenza significativa rispetto a quelle negative.

Le donne positive allo screening per VA riportano in misura maggiore di sentirsi giù, triste o in colpa in seguito a liti con il partner ed anche rispetto alle liti con la famiglia del partner, facendo emergere anche in quest'area una differenza significativa, seppur in misura minore rispetto alle liti col partner. Non si evidenziano, invece, differenze significative per quanto riguarda le liti con la famiglia d'origine.

“Succede mai che le liti (col tuo partner) si risolvano in botte, calci e spintoni?”, e, in questo caso, il 100.0% delle donne negative allo screening per VA hanno risposto “mai”, mentre le donne positive allo screening hanno riportato di maggiormente in modo affermativo (“qualche volta” per il 19.4% e “spesso” per il 6.5%), rilevando una differenza significativa. Per quanto riguarda, invece, la famiglia d'origine e del partner, quasi la totalità ha dichiarato “mai”, non è emersa una differenza significativa.

Delle donne che hanno dichiarato di essere state maltrattate fisicamente dal partner la totalità era positiva allo screening per violenza assistita. Non risultano invece significa-

tive le differenze per i maltrattamenti fisici dalla famiglia d'origine e dalla famiglia del partner, rispetto ai quali, la quasi totalità dichiara di non averli mai subiti.

I maltrattamenti psicologici, come noto in letteratura, caratterizzano la relazione di coppia per le donne risultate positive allo screening, che risulta aver subito in maniera maggiore, rispetto a quelle negative allo screening, maltrattamenti psicologici anche dalla famiglia d'origine e da quella del partner, pur in misura minore rispetto al partner.

Si è chiesto, inoltre, se la donna avesse subito un abuso sessuale da parte del partner, dalla famiglia d'origine e/o dalla famiglia del partner. Sappiamo dalla letteratura, che vi è un grande tabù nel dare un nome alla violenza sessuale quando questa avviene all'interno di un rapporto di coppia, poiché spesso il non consenso al rapporto della donna, non porta a leggere l'atto come abuso sessuale, poiché avviene da una figura che è il partner ufficiale e questo porta ad una maggior difficoltà nel dare il nome corretto alle cose e al far emergere la violenza sessuale all'interno delle coppie. Possiamo presumere che le donne che hanno risposto affermativamente a questo, siano donne che hanno una forma di consapevolezza maggiore e che, in qualche modo, abbiano o abbiano avuto, gli strumenti minimi necessari a poter chiamare questo vissuto con il nome corretto.

Nessuna donna, sia per lo screening positivo che negativo, dichiara di aver subito abuso sessuale nella famiglia d'origine o dalla famiglia del partner.

Le critiche intense e l'essere trattate male dal partner caratterizza il vissuto delle donne positive allo screening per VA, riportando anche una maggiore presenza e incidenza di tali vissuti da parte della famiglia del partner, evidenziando delle differenze significative rispetto allo screening negativo. Risulta non significativo il vissuto rispetto alla famiglia d'origine.

Si è voluto, poi, esplorare, il pensiero, la consapevolezza rispetto a quanto possano nuocere ai figli/e i problemi nella relazione di coppia e/o con altri familiari. Consideriamo che la paura di "vedersi togliere i figli/e" per le madri rimane permeante, anche in contesto di questionario anonimo autosomministrato.(39,73,87,90,98)

Le donne appaiono coese nella consapevolezza che, se presenti, i problemi nella relazione di coppia e/o con altri familiari possono impattare sui figli/e, che ne risentono, in misura maggiore quelli riguardanti la coppia rispetto a quelli presenti nelle relazioni con altri familiari,

Da quanto emerso nello spazio finale lasciato a disposizione delle madri per esprimere le loro riflessioni e/o bisogni, emerge la volontà e desiderio di un maggiore supporto economico, lavorativo e psicologico alle madri, con particolare rilevanza data ai corsi di

formazione sulla maternità e paternità. In particolare, questi ultimi vengono dichiarati come importanti anche nei commenti liberi a conclusione del questionario. Le donne esprimono in generale, per quasi la metà delle adesioni, un senso di gratitudine per aver potuto partecipare allo studio, sottolineando come il questionario stesso abbia rappresentato un'opportunità di riflessione ed introspezione su temi che spesso vengono taciuti, trascurati e/o evitati, ringraziando per tale possibilità ed augurandosi che il loro contributo, partecipando, possa essere di aiuto.

Relativamente alla descrizione della popolazione risultata positiva allo screening per violenza assistita, veniamo ora all'altra componente della diade, i figli/e.

Per i minori, risultati positivi per lo screening violenza assistita (n=93) l'età mediana risulta essere di anni 7 (IQR: 2-13 anni) e non sono emerse differenze significative relative al genere. Per 48 si è trattato di OBI/OT, mentre per 45 di ricovero, di cui 11 in clinica pediatrica, 17 in chirurgia pediatrica, 10 in neuropsichiatria pediatrica e 7 in ortopedia pediatrica. I figli/e della diade madri-figli/e risultati positivi per lo screening violenza assistita, hanno riportato maggiori disturbi del sonno, rispetto ai negativi ed hanno presentato in linea generale una durata dei sintomi motivo dell'accesso in PS inferiore alla settimana. La maggioranza non aveva patologie organiche di base e, al momento dell'ingresso in PS, hanno riportato una differenza significativa relativa allo stato psico-fisico-emotivo, che li ha visti maggiormente alterati (aggressivo – ansioso/pianto) rispetto ai negativi. La maggioranza riportava comunque uno stato apparentemente nella norma, così come il livello di nutrizione e di igiene personale. Non emergono periodi rilevanti di perdita scolastica, per lo più pari a zero o inferiore alla settimana.

Il numero mediano di accessi al pronto soccorso pediatrico negli ultimi 12 mesi per i/le minori, sia positivi/e che negativi/e per lo screening violenza assistita, è di 2 (IQR: 1-3 accessi). Non si evidenzia nessuna differenza statisticamente significativa ( $p=0.55$ );

Nei casi risultati positivi per lo screening per VA, i/le minori sono arrivati in pronto soccorso pediatrico per lo più per: alterazioni allo stato di coscienza/convulsioni/stato di agitazione, febbri (con o senza vomito), infezioni, problema neurologico e trauma; e hanno avuto come macro area diagnosi finale per lo più: infezione, problema neurologico (con un'incidenza frequente degli stati epilettici, allo stato attuale non vi evidenze scientifiche sufficienti a supporto a riguardo), psicologica/psichiatrica e tentamen, trauma/frattura.

Tra gli obiettivi secondari dello studio vi era anche la descrizione, per la popolazione risultata positiva allo screening VA, della distribuzione della diagnosi di dimissione per

patologia organica, funzionale e psichiatrica ed il suo confronto con quella risultata negativa allo screening. Dai dati raccolti, non emerge una differenza significativa tra le tipologie di diagnosi. Non risulta significativo il p-value, ma emerge come la percentuale di patologia psichiatrica in screening positivo alla VA risulti essere il triplo rispetto allo screening negativo (10.8% per screening positivo e 3.4% per screening negativo).

Dai dati raccolti, le diagnosi di dimissione, sul campione di 212, emergono suddivise come segue: 175 diagnosi organica (82.5%), 23 funzionale (10.9%) e 14 psichiatrica (6.6%). Dal confronto per diagnosi, fra screening risultato positivo per il criterio VA e risultato negativo, non emergono differenze significative ( $p=0.10$ ).

Questo studio evidenzia un'elevata frequenza di IPV tra le madri che frequentano un Pronto Soccorso Pediatrico con i propri figli/e ed una probabile simile esposizione alla violenza assistita tra i/le minori. Le conseguenze dell'IPV e della violenza assistita su madri e bambini/e sono svelate dall'elevata frequenza dello stato di salute delle madri precarie e dallo stato psicologico-emotivo anormale dei/delle minori al momento dell'accesso al PSP e dai disturbi del sonno. Non emergono caratteristiche demografiche che possano aiutare nel riconoscimento dell'IPV e della conseguente violenza assistita, sottolineando la trasversalità del fenomeno ed il maggior rischio di trasmissione intergenerazionale della violenza. Questo evidenzia l'urgenza ed importanza di ricerca continua, unitamente ad uno screening diffuso e di una specifica, adeguata e continua formazione ed aggiornamento del personale coinvolto.

#### **4.2 Limiti, punti di forza e prospettive future**

Lo studio presenta alcuni limiti, in particolare per quanto riguarda il campione. La casistica presenta un'ampiezza ridotta, che non ha permesso di mettere in evidenza ulteriori differenze tra i due gruppi, screening positivo e negativo per violenza assistita, e ne limita la validità esterna.

Lo studio può essere replicato, ampliato e coinvolgere un numero maggiore di casi.

Il periodo di raccolta dati ha coinciso con lo stato di emergenza sanitaria, dovuto alla pandemia mondiale ancora in corso e relativo lockdown, ovviamente non preventivato.(129) Per la modalità di gestione ed organizzazione relativa all'emergenza sanitaria, coincidente con il periodo di raccolta dati, i/le minori erano accompagnati da un solo genitore, questo ha reso automaticamente non elegibili le casistiche in cui non era presente la madre, come da criteri di esclusione. Nessuna donna, a cui è stata presentata la ricerca, ha rifiutato.



L'espressione di gradimento è stata lasciata alla parte finale del questionario, una parte come richieste di aree bisognose di intervento e attenzione, secondo le madri, e una parte a disposizione per eventuali commenti liberi.

La necessità di tutela di privacy e anonimato nella conduzione dello studio stesso ci ha costretto a considerare soltanto la diagnosi di dimissione al momento presente, quale fotografia dello stato attuale al momento della conduzione dello studio, non permettendoci di accedere a dati sanitari pregressi relativi allo stato di salute del minore ed eventuali follow up.(9,26-27)

Non è stato possibile accedere alle informazioni relative allo stato socio-economico e conseguenti differenze. Inoltre, dovuto al mantenimento e garanzia di privacy ed anonimato e alla conseguente modalità in autosomministrazione del questionario stesso, i dati relativi alla salute delle donne sono di tipo self-report e non è stato possibile valutare la depressione o altri disturbi psicologici e medici nelle donne partecipanti. Per lo stesso motivo non è stato possibile indagare la presenza di condizioni mediche di base e diagnosi psichiatriche nei/nelle minori.

Punti di forza sono la tipologia di disegno dello studio, l'alto tasso di partecipazione delle madri allo studio, l'uso di un questionario validato standardizzato e il divario temporale con gli unici due studi precedenti simili, che hanno indagato la prevalenza di IPV in pronto soccorso pediatrico: dall'11% al 52%, risalenti al 1999 e al 2005.(130-131) Il pronto soccorso pediatrico, inoltre, rappresenta un contesto privilegiato per svolgere indagini sulla violenza su donne e minori, in accordo con le raccomandazioni dell'OMS.(132-134)

### **4.3 Conclusioni**

Nel periodo novembre 2018 ottobre 2021, presso il Pronto Soccorso Pediatrico dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste, è stato condotto uno studio con l'obiettivo principale di definire la prevalenza della violenza assistita, nella popolazione afferente al Pronto Soccorso Pediatrico stesso, poi trattenuta in OBI e/o OT e/o ricovero. Obiettivi secondari dello studio erano descrivere la popolazione risultata positiva allo screening per violenza assistita in termini di caratteristiche anagrafiche, anamnestiche e cliniche, tra cui anche la diagnosi di dimissione per patologia organica, funzionale e psichiatrica.

La raccolta dati, intercorsa nel periodo da febbraio 2020 a gennaio 2021, con un rallentamento rispetto al previsto dovuto all'emergenza sanitaria emersa nel medesimo tempo,

prevedeva la compilazione ad opera delle madri di un questionario in forma autosomministrata. Nessuna madre a cui è stato presentato, con cura e seguendo le linee guida OMS sulla ricerca contro la violenza su donne e minori, lo studio si è rifiutata di partecipare allo stesso. Considerando anche che la paura di “vedersi togliere i figli/e” per le madri rimane permeante, anche in contesto di questionario anonimo autosomministrato, questa risposta appare come propositiva rispetto al desiderio, della donna stessa, di esprimersi e contribuire ad un miglioramento. Il campione raccolto si è composto di 212 diadi madri-figli/e.

La prevalenza di violenza assistita emersa è stata del 43.9%, il doppio di quanto noto già in letteratura (1,6-8,11,33,39). Percentuale che appare superiore alle previsioni ma coerente con la situazione pandemica rilevata e presumibilmente in linea con la situazione reale, riscontrata anche dai CAV e dal ricorso al numero verde 1522. (121-125,129)

Per quanto riguarda le donne, della diade madri-figli/e campione dello studio, risultate positive allo screening per violenza assistita, non emerge quale fattore protettivo l'età e il livello di scolarità, la nazionalità e/o il numero dei figli/e, coerentemente con quanto noto di recente in letteratura.(8,10,30)

Confrontando le donne con WAST positivo e negativo, non è stata rilevata alcuna differenza statisticamente significativa in termini di età delle madri e considerando lo stato civile, in contrasto con la letteratura precedente e secondo recenti risultati.(129-130) Nessuna differenza in termini di frequenza dei ricoveri ospedalieri delle madri e le stesse appaiono consapevoli dell'impatto sul benessere del figlio delle difficoltà nella relazione all'interno della coppia o con altri membri della famiglia.(135)

Per quanto riguarda l'aspetto lavorativo, le madri risultate positive risultano essere per lo più a casa o con occupazioni part-time, rispetto all'impegno lavorativo full-time predominante nello screening negativo. Le madri risultate positive riportano un peggior stato di salute, maggiori episodi di attacchi di panico e/o ansia, incubi, meno possibilità di confidarsi con qualcuno in caso di preoccupazioni e/o momenti di difficoltà, e dichiarano di aver sentito voci e/o rumori che nessun altro sentiva con differenze significative rispetto alle donne negative allo screening per VA (1,8,28,50,52). Emerge, inoltre, che le donne positive allo screening riportano in misura maggiore un peggioramento del grado di concentrazione e un aumento delle difficoltà a dormire a causa di preoccupazioni, non dormono bene e non si svegliano riposati, in misura significativamente maggiore rispetto a quelle negative. Si evidenzia un peggiore grado di concentrazione su ciò che

fanno, si sono sentite meno utili, meno capaci di prendere decisioni, sentite, molto di più rispetto al solito, costantemente sotto pressione, stressate, per lo più a causa di problemi relazionali col partner e familiari, e hanno avuto una maggiore impressione, molto di più rispetto al solito, di non essere in grado di superare le difficoltà, evidenziando una differenza significativa rispetto allo screening negativo. Risultano essere più isolate e non ricorrono ai servizi di supporto e aiuto in caso di violenza domestica (una sola donna è emerso essere ricorsa al CAV nei 12 mesi precedenti la compilazione del questionario).(6-9,12)

Le madri positive allo screening riportano una qualità peggiore delle relazioni, in primis nella relazione sentimentale, secondariamente in quella con la famiglia del partner. Non si evidenziano, invece, differenze significative per quanto riguarda le liti con la famiglia d'origine. Le donne riportano in misura maggiore il sentirsi giù, triste o in colpa in seguito a liti con il partner, e anche rispetto alle liti con la famiglia del partner, facendo emergere anche queste una differenza significativa, seppur in misura minore rispetto alle liti col partner. Emerge una maggiore incidenza dei maltrattamenti psicologici e fisici. Si evidenzia la non esatta corrispondenza tra coloro che riportano che “le liti si sono risolte con spintoni, calci, pugni” e una risposta affermativa corrispondente all'aver subito “maltrattamento fisico”, questo a sottolineare come ancora ci sia difficoltà a chiamare quegli episodi con il loro nome “violenza fisica”, l'eufemizzazione risulta essere ancora permeante quale tecnica di occultamento della violenza, a volte così pervasiva, da ritrovarsi nella vittima stessa.(29) La scarsa evidenza di violenza sessuale deve considerare che vi è un grande tabù nel dare un nome alla violenza sessuale quando questa avviene all'interno di un rapporto di coppia, poiché spesso il non consenso al rapporto della donna, non porta a leggere l'atto come abuso sessuale, poiché avviene da una figura che è il partner ufficiale e questo porta ad una maggior difficoltà nel riconoscere il ruolo del consenso, nel dare il nome corretto alle cose e al far emergere la violenza sessuale all'interno delle coppie. Possiamo presumere che le donne che hanno risposto affermativamente a questo, siano donne che hanno una forma di consapevolezza maggiore e in qualche modo hanno, o abbiano avuto, gli strumenti minimi necessari a poter chiamare questo vissuto con il nome corretto. Le critiche intense e l'essere trattate male dal partner caratterizza il vissuto delle donne positive allo screening per VA, riportando anche una maggiore presenza e incidenza di tali vissuti da parte della famiglia del partner. Le donne appaiono coese nella consapevolezza che, se presenti, i problemi nella relazione di coppia e/o con altri familiari, in misura maggiore quelli della coppia, possono impattare il benessere psico-fisico-emotivo dei figli/e, che

ne risentono. Da quanto emerso nello spazio finale lasciato a disposizione delle madri per esprimere le loro riflessioni e/o bisogni, emerge chiara una richiesta di welfare, in termini di supporto alle cure, supporto economico, lavorativo e corsi per genitorialità, maternità e paternità. Le donne esprimono in generale, per quasi la metà delle adesioni, un senso di gratitudine per aver potuto partecipare allo studio, sottolineando come il questionario stesso abbia rappresentato un'opportunità di riflessione ed introspezione su temi che spesso vengono taciuti, trascurati e/o evitati, ringraziando per tale possibilità ed augurandosi che il loro contributo, partecipando, possa essere di aiuto. Emerge che le donne, positive per VA, non si sentono bene, il loro stato di salute è pessimo, e la richiesta di welfare è diffusa.(136-139)

Per quanto riguarda i minori, i figli/e della diade madri-figli/e risultati positivi per lo screening VA, hanno riportato maggiori disturbi del sonno, rispetto ai negativi ed hanno presentato in linea generale una durata dei sintomi motivo dell'accesso in PS inferiore alla settimana e una differenza significativa relativa allo stato psico-fisico-emotivo, che li ha visti maggiormente alterati (aggressivo – ansioso/pianto) rispetto ai negativi. Non sono emerse differenze significative relative al genere, età, livello nutrizionale e livello di igiene personale e la quasi totalità non riportava patologie organiche di base.(140-147)

Per quanto riguarda la distribuzione delle diagnosi di dimissione dei/delle minori, positivi allo screening per VA, in organica, funzionale e psichiatrica, non emergono differenze significative, ma appare interessante ed utile sottolineare che, mentre la patologia organica rimane per lo più invariata nelle due casistiche, la patologia psichiatrica risulta essere circa il triplo per lo screening positivo rispetto al negativo (10.8% per positivi a VA e 3.4% per negativi a VA).(140-142,145,147)

Concluderei evidenziando come, data la trasversalità della violenza ed il suo forte impatto a breve, medio e lungo termine, sia di tipo psicologico, che fisico, sociale, comportamentale, neurocognitivo, neurobiologico, economico e di salute, lavorare sulla salute delle donne e sulla prevenzione alla violenza sulle donne, già dalla gravidanza, se non prima, diviene imperativo anche perché porta, come esito/beneficio, una prevenzione alla violenza sui minori, sia per quanto riguarda il maltrattamento diretto, che per la violenza assistita, andando ad incidere e promuovere uno sviluppo psico-fisico-emotivo propositivo per le nuove generazioni, coerentemente anche con il “*The Best Interest of the Child*”, previsto dalla Convenzione Internazionale sui diritti dell'Infanzia e Adolescenza.(14,37-38,54-55,80-82)

La violenza è un fatto pubblico, non solo privato, così come il perpetrarsi di una trasmissione transgenerazionale della violenza quale modello di riferimento relazionale(33,148), rischiando una ripetizione e cristallizzazione, nei sistemi, non solo familiari ma anche sociali, pubblici stessi, di relazioni violence-based, dove il possesso e il controllo vengono scambiati per amore sano, fedeltà e intimità, nella limitazione della libertà di essere, agire e nella direzione opposta ad un benessere psico-fisico-emotivo (30,32-33,98-100), quale concetto fondamentale di salute, introdotto dall'OMS stessa. La salute psicofisica di donne e minori è un fatto "pubblico", oltre che privato. Una buona ed adeguata formazione dei/delle professionisti coinvolti e collaborazione tra la rete dei servizi e le Istituzioni può fare la differenza. Solo portando alla luce ciò che c'è, si può intervenire, cambiare, migliorare e operare, in modo integrato, nell'ottica del benessere.(6-8,31)

Questi risultati sono preziosi per aiutare al meglio le mamme ed i loro bambini, che si rivolgono al sistema sanitario e sostenere la ricerca futura in tal senso.(30,62,79-81)

La formazione delle figure professionali nel saper riconoscere ed informare, l'informazione e formazione per la popolazione stessa, divengono chiavi di prevenzione fondamentali, ed esse stesse fattori protettivi rispetto al perpetrare modelli relazionali di caratterizzati da violenza, poiché permettono di riconoscere ciò che c'è, dare un nome alle cose, base fondamentale da cui partire, per poter avere dei futuri diversi, presente dopo presente.(14,29-31)

*"What happens happens through Love and what is maintained thanks to Love can only be dissolved and annulled in Love.  
There is a future only for those who are in tune with the past. "*

*Bert Hellinger*

*"It is a particular innocence that people have when they do not expect to be hurt.  
Who could violate this innocence without hurting himself too?"*

*Hanif Kureishi*

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1.WHO. World Report on Violence and Health 2002. *World Health Organization*. 2002.
- 2.WHO. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generatine evidence. *World Health Organization*. 2006.
- 3.Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of sudicia data to ases underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child abuse & neglect*. 2010.
- 4.Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – *Fondazione Terre des Hommes Italia*. 2015.
- 5.Stoltenborgth M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Jjzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *Int J Psychol*. 2013; 48(2):81-94. doi: 10.1080/00207594.2012.697165.
- 6.CISMAI 2017. Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. - <http://cismai.it/requisiti-minimi-degli-interventi-nei-casi-di-violenza-assistita/>
- 7.CISMAI 2005. Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. - <http://cismai.it/2005/>.
- 8.Fundamental Rights Agency (FRA). Violence against women: an EU-wide survey. 2014. fra.europa.eu – [info@fra.europa.eu](mailto:info@fra.europa.eu) European Union Agency for Fundamental Rights (2014) *Violence against women: an EU-wide survey Main results*. fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\_en
- 9.WHO. Global Status Report on Violenza Prevalence 2014. *World Health Organization*. 2014.
- 10.ISTAT, 2015 - La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia - [https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze\\_contro\\_le\\_donne.pdf](https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf)
- 11.Finkelhor D, Shattuch A, Turner HA, Hamby SL. The lifetime prevalence of child

- sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence 2014. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.026. Epub 2014 Feb 25.
12. ISTAT, 2006 - La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. – <https://www.istat.it/it/files//2011/07/testointegrale.pdf>
13. Harriet L Mac Milan. Children's exposure to intimate partner violence. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2014.
14. Wathen CN, MacMillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions. *Paediatrics & Child Health*. 2013.
15. Gilbert R, Widom CS, Browne K et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009.
16. Michael D. De Bellis. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2014.
17. Andrea L. Gold. Childhood abuse and reduced cortical thickness in brain regions involved in emotional processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014.
18. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*. 2012. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>.
19. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-258.
20. Bair-Merritt MH, Zuckerman B. Exploring Parents' Adversities in Pediatric Primary Care. Viewpoint, *JAMA Pediatrics* Published online February 8, 2016.
21. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica - Convenzione di Istanbul. 2013 - <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>
22. Making the most out of crisis: child and adolescent mental health in the emergency department. *The Lancet* (Editorial). 2016.



23. Cozzi G. et al. Somatic symptom disorder was common in children and adolescents attending an emergency department complaining of pain. *Acta Paediatrica*. 2017.
24. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby S, Kracke K. Children's Exposure to Violence: A Comprehensive National Survey. 2009. Office of Juvenile and Delinquency Prevention. *Office of Justice Programs. U.S. Department of Justice*. [www.ojp.usdoj.gov](http://www.ojp.usdoj.gov)
25. Teeuw AH, Bert HF, Koster WA, van Rijn RR. Educational paper – Detection of child abuse and neglect at the emergency room. Educational paper. *Eur J Pediatr*. 2012 171:877-885 DOI 10.1007/s00431-011-1551-1.
26. WHO. PUTTING WOMEN FIRST – Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women. Department of Gender and Women's Health Family and Community Health. *World Health Organization*. 2014.
27. A cura di De Girolamo G, Romito P. Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e Linee-Guida Cliniche dell'OMS. Giovanni Fioriti Editore. 2014.
28. WHO. The World Health Report: 1997: Conquering suffering, enriching humanity / report of the Director-General. *World Health Organization*. 1997.
29. Romito P. Un Silenzio Assordante. La violenza occultata su donne e minori. Ed. FrancoAngeli, Milano. 2005.
30. Romito P, Folla N, Melato M. La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo. Ed. Carrocci Faber, Roma. 2017.
31. Romito P. Violenza Alle Donne e Risposte delle Istituzioni. Prospettive Internazionali. Ed. FrancoAngeli, Milano. 2000.
32. Bonsangue M. La violenza psicologica nella coppia. Cosa c'è prima di un femminicidio? Invictus Editore, Cesena. 2015.
33. Panza C, Berardi C, Apollonio MG, Paglino A. Maltrattamento all'infanzia. Manuale per gli operatori dell'area pediatrica. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma. 2020.
34. Luberti R, Grappolini C, Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli. Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti. Ed. Erickson, Trento.

2021.

35. Bertotti T, Scotti P. Le violenze sessuali sui bambini. Alcuni dati, in “Maltrattamento e Abuso nell’Infanzia”. 2002.

36. Bartolomei C. Analisi del comportamento maltrattante e delle tipologie di maltrattamento in famiglia. Dispensa Psycheforum Associazione di Psicologia Giuridica e Forense. 2013. <https://www.yumpu.com/it/document/read/16112654/analisi-del-comportamento-maltrattante-e-delle-tipologie-di-maltrattamento-in-famiglia>.

37. Convenzione Internazionale sui Diritti dell’Infanzia, depositata presso le Nazioni Unite il 5 Settembre 1991 (Attuata dall’Italia con la Legge n. 176 del 27 maggio 1991). <https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/>

38. Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza. La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza – conquiste e prospettive a 30 anni dall’adozione. 2019. [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/agia\\_30\\_anni\\_convenzione.pdf](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/agia_30_anni_convenzione.pdf)

39. Kelly L, Sharp N, Klein R. Finding the Costs of Freedom. How women and children rebuild their lives after domestic violence. *Solace Women’s Aid*. 2014.

40. Kelly L. The interconnectedness of domestic violence and child abuse: Challenges for research, policy and practice. In A. Mullender, & R. Morley (Eds.), *Children living with domestic violence: Putting men’s abuse of women on the child care agenda*. 1994; (pp. 43-56). London: Whiting & Birch Ltd.

41. Humphreys C, Thiara R. Mental Health and Domestic Violence I call It Symptoms of Abuse. *British Journal of Social Work*. 2003; 33: 209-226.

42. Kelly L. What’s in a name?: Defining Child Sexual Abuse. *Feminist Review*. 1988; NO. 28, 65-73.

43. Pond R, et al. Protection, manipulation or interference with relationships? Discourse analysis of New Zealand lawyers’ talk about supervised access and partner violence. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2008; 18: 458-473. <https://doi.org/10.1002/casp.948>.

44. Hardesty JL, Chung GH. Intimate partner violence, parental divorce, and child

custody: directions for intervention and future research. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*. 2006; 55 (2):200-210. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2006.00370.x>.

45.Radford L, et al. For the sake of the children: the law, domestic violence and child contact in England. *Women's Studies International Forum*. 1997; 20:4, 471-482.

46.Hotton, Tina. 2001. "Spousal Violence after Marital Separation." *Juristat*. 21:1-19. Statistics Canada Catalogue No. 0070185-002-XIE.

47.Fougeyrollas-Schwebel D, Jaspard M. Compter les violences envers les femmes. Contexte institutionnel et théorique de l'enquête ENVEFF. Dans *Cahiers du Genre*. 2003; 35: 45-70. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2003-2-page-45.htm>

48.EURES. III Rapporto su Caratteristiche, dinamiche e profili di rischio del femminicidio in Italia. Indagine istituzionale. EURES Ricerche Economiche e Sociali. 2005. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4803121.pdf>

49. [www.ansa.it](http://www.ansa.it) - [https://www.ansa.it/web/notizie/specializzati/legalita/2013/07/11/526-omicidi-2012-minimo-ultimi-40-anni\\_9008949.html](https://www.ansa.it/web/notizie/specializzati/legalita/2013/07/11/526-omicidi-2012-minimo-ultimi-40-anni_9008949.html)

50.WHO. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *World Health Organization*. 2013.

51.Intervita Onlus e Ministero per le Pari Opportunità. Quanto costa il silenzio? Indagine nazionale sui costi economici e sociali della violenza contro le donne. A cura di Giovanna Badalassi, Franca Garreffa e Giovanna Vingelli. 2013. [www.intervita.it](http://www.intervita.it).

52.Bastiani, F. The predictors of escaping violence: a two years follow-up of women who sought help at an Anti-violence Centre. Tesi di dottorato in Neuroscienze e Scienze Cognitive, Università di Trieste. Supervisore: prof.ssa Patrizia Romito. 2018.

53.Romito P, Beltramini L, Escribà-Aguir V. Intimate partner violence and mental health among Italian adolescents: gender similarities and differences. *Violence Against Women*. 2013. Jan;19(1):89-106. doi: 10.1177/1077801212475339. Epub 2013 Jan 29. PMID: 23363657.

54.De Bellis MD, Zisk A. The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child Adolesc*

Psychiatr Clin N Am. 2014; 23(2): 185–222. doi: 10.1016/j.chc.2014.01.002.

55. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016; 17 (10); 652-666. doi:10.1038/nrn.2016.111 www.nature.com/nrn

56. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;57(3):241-266. Doi:10.1111/jcpp.12507. Annual.

57. Gold AL, et al. Childhood abuse and reduced cortical thickness in brain regions involved in emotional processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016; 57:10, 1154-1164. Doi:10.1111/jcpp.12630.

58. Beydoun HA, et al. Relationship of Physical Intimate Partner Violence with Mental Health Diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017; 26(2): 141-151.

59. Romito P, et al. The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009; 30:2,115-121. DOI: 10.1080/01674820802545834.

60. Romito P, Gerin D. Asking patients about violence: A survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. *Social Science & Medicine*. 2002; 54(12):1813-24. DOI:10.1016/S0277-9536(01)00149-6.

61. Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med*. 2005 Apr;60(8):1717-27. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.026. PMID: 15686804.

62. Stewart DE, Chandra PS. WPA International Competency-Based Curriculum for Mental Health Providers on Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women. *World Psychiatry*. 2017; 16(2): 223-224. doi: 10.1002/wps.20432.

63. Romito P. Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*. 1991;154:1-37. doi: 10.3109/00016349009156507. PMID: 1858488 Review.

64. Romito P, Crisma M, Saurel-Cubizolles MJ. Adult outcomes in women who experienced parental violence during childhood. *Child Abuse Negl.* 2003 Oct;27(10):1127-44. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.003.PMID: 14602095.
65. United Nations Office on Drugs and Crime, 2018 - <https://www.unodc.org/wdr2018/>
66. Bacchus LJ, et al. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open.* 2018;8:e019995.
67. Gibbes A, Dunkle K, Jewkes R. Emotional and economic intimate partner violence as key drivers of depression and suicidal ideation: A cross-sectional study among young women in informal settlements in South Africa. *PLOS ONE.* 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194885>.
68. Kelly L. Violence against Women. In: *Introducing gender and women's studies.* Palgrave, London. 2015; 114-132. ISBN 978113732179
69. Stene LE, et al. Intimate Partner Violence and Cardiovascular Risk in Women: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Women's Health.* 2013; 22(3). <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3920>.
70. Scott-Storey K, Wuest J, Ford-Gilboe M. Intimate partner violence and cardiovascular risk: is there a link? *JAN Leading Global Nursing Research.* 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05086.x>
71. Clark CJ, et al. Intimate partner violence in late adolescent and young adulthood and subsequent cardiovascular risk in adulthood. *Preventive Medicine.* 2016; 87:132-137.
72. Wright EN, Hanlon A, Lozano A. The Association Between Intimate Partner Violence and 30-Year Cardiovascular Disease Risk Among Young Adult Women. *Journal of Interpersonal Violence.* 2018. <https://doi.org/10.1177/0886260518816324>.
73. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2005; 29: 181–193.
74. Claussen A, Crittenden P. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1991; 15:5-18.

75. Higgins D, McCabe M. Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggress Violent Behav.* 2001; 6:547-78.
76. Dubowitz H, Lane WG. Abused and neglected children. In: Nelson's textbook of pediatrics. 20<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier, 2016; p.236-49.
77. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Terre des Hommes. Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, Cismai, Fondazione Terre des Hommes Italia. 2015. <https://terredeshommes.it/download/Indagine-Maltrattamento.bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf>
78. McMillan HL, Wathen CN. Children's Exposure to Intimate Partner Violence. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 23. 2014; 295–308 - <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.008>.
79. Wathen CN, Mac Millan. Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and Interventions. *Pediatric Child Health.* 2013; 18 (8):419-422.
80. Vu NL, Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D. Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review.* 2016; 46, 25-33. journal homepage: [www.elsevier.com/locate/clinpsychrev](http://www.elsevier.com/locate/clinpsychrev). <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.004>.
81. Lamers-Winkelmann F, Willemen AM, Visser M. Adverse Childhood Experiences of referred children exposed to Intimate Partner Violence: Consequences for their wellbeing. *Child Abuse & Neglect.* 2012; 36, 166-179. doi:10.1016/j.chiabu.2011.07.006.
82. Oh DL, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics.* 2018; 18:83. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>.
83. Kavanaugh BC, Depont-Frechette JA, Jerskey BA, Holler KA. Neurocognitive deficits in children and adolescents following maltreatment: Neurodevelopmental consequences and neuropsychological implications of traumatic stress. *Appl Neuropsychol Child.* 2017;6(1): 64-78. doi:10.1080/201622965.2015.1079712.

- 84.Rogan M, Leon KS, Perez DL, Kandel ER. Distinct Neural Signatures for Safety and Danger in the Amygdala and Striatum of the Mouse. *Neuron*. 2005; 46: 309-320.
- 85.Sandler J. The Background of Safety. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1960; 41: 352-356.
- 86.Andolfi M. La terapia familiare multigenerazionale. Raffaello Cortina Editore. 2015.
- 87.Radford L, Hester M. Mothering Through Domestic Violence. Jessica Kingsley Publishers, London, UK. 2006.
- 88.Taussig HN, Culhane SE. Emotional Maltreatment and Psychosocial Functioning in Preadolescent Youth Placed in Out-of-Home-Care. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2010; 19(1): 52-74.
- 89.Bandura A. Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*. 1999; 3(3), 193-209.
- 90.Bell ME, Goodman LA, Dutton MA. The Dynamics of Staying and Leaving: Implications for Battered Women's Emotional Well Being and Experiences of Violence at the End of a Year. *J FamViol*. 2007; 22, 413-428.
- 91.Bow JN, Boxer P. Assessing Allegations of Domestic Violence in Child Custody Evaluations. *Journal of Interpersonal Violence*. 2003; Vol. 18, No. 12, 1394-1410.
- 92.Camaioni L, Aureli T, Perucchini P. Osservare e valutare il comportamento infantile. Ed. Il Mulino, Bologna. 2004.
- 93.Erickson M, Hester M, Keskinen S, Pringle K. Tacking men's violence in families. Nordic issues and dilemmas. 2005. Policy, [www.policypress.org.uk](http://www.policypress.org.uk)
- 94.Malagoli Togliatti M, Lubrano Lavadera A. Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia. Il Mulino, Bologna. 2002.
- 95.McIntosh M. Introduction to an issue: Family Secrets as Public Drama. *Feminist Review*. 1988; No. 28, 7-15.
- 96.Normativa in materia di tutela di minori. Dossier di approfondimento giuridico (2009) – Regione Friuli Venezia Giulia – Consiglio Regionale – Segreteria Generale area giuridico-legislativa. X Legislatura - Esame in Commissione III.

97. Baldry AC. Dai maltrattamenti all'omicidio. Ed. FrancoAngeli, Milano. 2019.
98. Walker L. The Battered Women. Harper & Row, New York. 1979.
99. Walker L. The battered woman syndrome, Springer Pub. Co., N.Y. 1984.
100. Walker L. The Battered Women Syndrome, Springer Publication, New York. 2000.
101. A cura di Luberti R, Pedrocco Biancardi MT. La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente. Milano, Franco Angeli, 2005.
102. Wieland S. Dissociation in Traumatized Children and Adolescents. Theory and Clinical Interventions. Second Edition. Routledge. New York and London. 2015.
103. AISTED (Associazione Italiana per lo Studio del Trauma e della Dissociazione), ESTD (Società Europea per il Trauma e la Dissociazione). Linee Guida per la valutazione e il trattamento dei bambini e degli adolescenti con sintomi dissociativi e disturbi dissociativi. AISTED, ESTD. 2020. <https://www.aisted.it/Linee-Guida-ESTD-infanzia>.
104. Silberg J. Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *Journal of personality assessment*. 1998; 71(3), 421-439.
105. Ford J. Neurobiological and Developmental Research. Clinical Implications. In C. Courtois & J. Ford (Eds.), Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide. *Cambridge: Cambridge University Press*. 2009; 31-58.
106. Schore AN. Relational trauma and the developing right brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009; 1159(1): 189-203.
107. Silberg J & Dallam S. Dissociation in Children & Adolescents. In: P. Dell & J. O'Neil (Eds), Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond. *New York: Routledge*. 2009;67-81.
108. Perry BD. Applying principles in neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children – The Neuro-sequential Model of Therapeutics in Working with Traumatized Youth in Child Welfare by Nancy Webb. New York: The Guildford Press. 2006.



- 109.Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl.* 2008; 32(8):797-810. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.02.004.
- 110.Ackerson LK, Subramanian SV. Intimate Partner Violence and Death Among Infants and Children in India. *Pediatrics.* 2009;124(5):878-89. DOI:10.1542/peds.2009-0524.
- 111.Rapporto ONU sulla violenza sui bambini, agosto 2006 - <https://www.unicef.it/pubblicazioni/rapporto-onu-sulla-violenza-sui-bambini/>
- 112.Edleson JL. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women.* 1999; 5(2). <http://doi.org/10.1177%2F107780129952003>.
- 113.Cummings ME, El Sheikh M, Kouros CD, Buckhalt JA. Children and violence: the role of children's regulation in the marital aggressionchild adjustment link. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2009; 12(1):3-15.
- 114.Reale E. Maltrattamento e violenza sulle donne. Vol. I, La risposta dei servizi sanitari; Vol. II, Criteri, metodi e strumenti dell'intervento clinico. Milano: Franco Angeli Editore. 2011.
- 115.Dong M, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2004; 28(7):771-84.
- 116.Save the Children. Abbattiamo il muro del silenzio – il dossier. Bambini che assistono alla violenza domestica. 2018. [https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/abbattiamo-il-muro-del-silenzio-il-dossier\\_1.pdf](https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/abbattiamo-il-muro-del-silenzio-il-dossier_1.pdf)
- 117.Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione – DSM-5. Raffaello Cortina Editore. 2018.
- 118.Peterman A, et al. Pandemics and Violence Against Women and Children. *Center for Global Development.* 2020. Working Paper 528.
119. Fraser E. Impact of COVID-19 Pandemic on Violence against Women and Girls. *UKAid, WAG Helpdesk Research Report.* 2020.

120. Commissione parlamentare d'inchiesta sul femminicidio, 2020. <https://senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/350725.pdf>
121. Barbara G, et al. COVID-19, Lockdown, and Intimate Partner Violence: Some Data from an Italian Service and Suggestions for Future Approaches. *Journal of Women's Health*. 2020; 29,(10). DOI: 10.1089/jwh.2020.8590.
122. Nittari G, et al. First Surveillance of Violence against Women during COVID-19 Lockdown: Experience from "Niguarda" Hospital in Milan, Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(7), 3801; <https://doi.org/10.3390/ijerph18073801>.
123. Gosangi B, et al. Exacerbation of Physical Intimate Partner Violence during COVID-19 Pandemic. *Radiology*. 2021; 298(1):E38-E45. doi: 10.1148/radiol.2020202866. Epub 2020 Aug 13.
124. United Nations. World Drug Report 2021. UN Office on Drugs and Crime. 2021. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
125. ISTAT 2020. Le richieste di aiuto durante la pandemia. Indagine ISTAT. 2020. <https://www.istat.it/it/files/2021/05/Case-rifugio-CAV-e-1522.pdf> - <https://www.istat.it/it/archivio/violenza>
126. Clifford J. Drew, Michael L. Hardman & John L. Hosp. Designing and Conducting Research in Education. Sage Publications Thousand Oaks, London, New Delhi. 2008.
127. Brown JB. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the Family Practice Setting. *J Fam Pract*. 2000. 49(10):896-903.
128. Sousa VD, et al. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011; 17:268-74.
129. Hamadani JD, Hasan MI, Baldi AJ, Hossain SJ, Shiraji S, Bhuiyan MSA, et al. Immediate impact of stay-at-home orders to control COVID-19 transmission on socioeconomic conditions, food insecurity, mental health, and intimate partner violence in Bangladeshi women and their families: an interrupted time series. *Lancet Glob Health*. 2020;8(11):e1380-e1389.

130. Newman J, et al. Screening for Intimate-Partner Violence in the Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*. 2005; 21(2): 79-83. doi: 10.1097/01.pcc.0000159049.42059.e7.
131. Duffy SJ, et al. Mothers with histories of domestic violence in a pediatric emergency department. *Pediatrics*. 1999; 103 (5) 1007-1013; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.103.5.1007>.
132. Randell KA, Sherman A, Walsh I, O'Malley D, Dowd MD. Intimate Partner Violence Educational Materials in the Acute Care Setting: Acceptability and Impact on Female Caregiver Attitudes Toward Screening. *Pediatr Emerg Care*. 2021 Jan 1;37(1):e37-e41.
133. Zink T, et al. How Children Affect the Mother/Victim's Process in Intimate Partner Violence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(6):587-592. doi:10.1001/archpedi.157.6.587.
134. Siegel RM, et al. Screening for Domestic Violence in the Community Pediatric Setting. *Pediatrics*. 1999;104;874-877. DOI: 10.1542/peds.104.4.874.
135. Kranz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:818–821. doi: 10.1136/jech.2004.022756.
136. Coker AL, et al. Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering. *American Journal of Public Health*. 2000; 90(4).
137. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Violence Against Women II. The Lancet*. 2002; 359:1331-36.
138. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Violence Against Women III. Lancet*. 2002; 359:1423-29.
139. Heinzelmann M, Gill J. Epigenetic Mechanisms Shape the Biological Response to Trauma and Risk for PTSD: A Critical Review. *Hindawi Publishing Corporation. Nursing Research and Practice*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/417010>.

- 140.Schiff M, et al. Does adolescent's exposure to parental intimate partner conflict and violence predict psychological distress and substance use in young adulthood? A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38:1945-1954. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.001>.
- 141.Holmes MR. Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37:520-530. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.006>.
- 142.Hungerford A, Wait SK, Fritz AM, Clements C. Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence: A review. *Aggression and Violent Behavior*. 2012; 17:373-382.doi:10.1016/j.avb.2012.04.002.
- 143.Lupien SJ, et al. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews – Neuroscience*. 2009;10. doi:10.1038/nrn2639 – [www.nature.com/reviews/neuro](http://www.nature.com/reviews/neuro).
- 144.Neigh GN, Gillespie CF, Nemeroff CB. The Neurobiological toll of child abuse and neglect. Special Issue on the Mental Health Implications of Violence Against Women. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009;10(4):389-410. DOI: 10.1177/1524838009339758.
- 145.Howell KH. Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*.2011;16:562–569. doi:10.1016/j.avb.2011.09.001.
- 146.Bowen E. The impact of intimate partner violence on preschool children's peer problems: An analysis of risk and protective factors. *Child Abuse & Neglect*. 2015; 50:141–150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.005>.
- 147.Graham-Bermann SA, et al. Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect*. 2009;33: 648-660. doi:10.1016/j.chiabu.2009.01.002.
- 148.Kellermann NPF. Epigenetic transmission of Holocaust Trauma: Can nightmares be inherited? *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2013;50(1):33-9.

## SITOGRAFIA

[fra.europa.eu](http://fra.europa.eu) – [info@fra.europa.eu](mailto:info@fra.europa.eu) European Union Agency for Fundamental Rights  
(2014) *Violence against women: an EU-wide survey Main results*. fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\_en

[http://it.m.wikipedia.org/wiki/Convenzione\\_del\\_Consiglio\\_d\\_Europa\\_sulla\\_prevenzion\\_e\\_la\\_lotta\\_contro\\_la\\_violenza\\_nei\\_confronti\\_delle\\_donne\\_e\\_la\\_violenza\\_domestica](http://it.m.wikipedia.org/wiki/Convenzione_del_Consiglio_d_Europa_sulla_prevenzion_e_la_lotta_contro_la_violenza_nei_confronti_delle_donne_e_la_violenza_domestica)

<https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>

<http://www.parlamento.it/osservatoriointernazionale> - Convenzione di Istanbul – La Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. n.85 - dicembre 2013. Osservatorio di Politica Internazionale, a cura del CeSPI (Centro Studi di Politica Internazionale) - [st\\_affari\\_esteri@camera.it](mailto:st_affari_esteri@camera.it)

<http://www.istat.it>

<http://www.istat.it/it/archivio/159350> - Rapporto-Annuale-2015

<http://www.istat.it/it/archivio/161716>

<http://www.istat.it/it/archivio/47539>

<http://www.unicef.it/doc/323/studio-onu-sulla-violenza-contro-i-bambini-statistiche.htm>

ISTAT 2006 - La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. – [http://www.3.istat.it/sala stampa/comunicati/non\\_calendario/20070221](http://www.3.istat.it/sala stampa/comunicati/non_calendario/20070221)

<https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>

[https://www.istat.it/it/files//2020/05/Stat-today\\_Chiamate-numero-antiviolenza.pdf](https://www.istat.it/it/files//2020/05/Stat-today_Chiamate-numero-antiviolenza.pdf)

[www.anci.it](http://www.anci.it) – [www.direcontrolaviolenza.it](http://www.direcontrolaviolenza.it) “LINEE GUIDA per l’intervento e la costruzione di rete tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Centri Antiviolenza” a cura di D.I.Re. – Donne in Rete contro la Violenza.

[www.ansa.it](http://www.ansa.it)

[www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210](http://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210) - Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica

<http://www.parlamento.it/osservatoriointernazionale> - Convenzione di Istanbul – La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. n.85 - dicembre 2013. Osservatorio di Politica Internazionale, a cura del CeSPI (Centro Studi di Politica Internazionale) - [st\\_affari\\_esteri@camera.it](mailto:st_affari_esteri@camera.it)

[www.istat.it/it/archivio/161716](http://www.istat.it/it/archivio/161716) - ISTAT 2014 - La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia.

[www.regioni.it/news/2015/11/24/violenza-donne-eures-152-femminicidi-in-italia-nel-2014-432659](http://www.regioni.it/news/2015/11/24/violenza-donne-eures-152-femminicidi-in-italia-nel-2014-432659)

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) [www.who.it](http://www.who.it) World Health Organization (1996). Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. Geneva, (document TDR/GEN/96.1)

[www.who.int](http://www.who.int) (WHO, 2002)

<https://madrugada.blogs.com/il-mio-blog/2018/07/salute-pubblica-un-investimento-sicuro.html>

<https://asvis.it/home/46-3595/ogni-giorno-nel-mondo-vengono-uccise-137-donne-da-un-membro-della-propria-famiglia#.XacWEegzBIU>

## APPENDICE – GLI STRUMENTI DELLA RICERCA

### ALLEGATO 1 – WOMAN ABUSE SCREENING TOOL (WAST)- VERS. IT

#### WOMAN ABUSE SCREENING TOOL (WAST) Strumento di Screening dell'abuso nei confronti delle donne (Traduzione validata in italiano)

1. In generale, come descriveresti la relazione con il tuo partner? Una relazione con:
  - molta tensione
  - un po' di tensione
  - nessuna tensione
  
2. Tu e il tuo partner risolvete le liti con:
  - grande difficoltà
  - un po' di difficoltà
  - nessuna difficoltà
  
3. Succede mai che le liti ti facciano sentire giù, triste o in colpa?
  - spesso
  - qualche volta
  - mai
  
4. Succede mai che le liti si risolvano in botte, calci o spintoni?
  - spesso
  - qualche volta
  - mai
  
5. Ti succede mai di sentirti spaventata per ciò che il tuo partner fa o dice?
  - spesso
  - qualche volta
  - mai
  
6. E' mai successo che il tuo partner ti abbia maltrattata fisicamente?
  - spesso
  - qualche volta
  - mai
  
7. E' mai successo che il tuo partner ti abbia maltrattata psicologicamente?
  - spesso
  - qualche volta
  - mai
  
8. E' mai successo che il tuo partner abbia abusato di te sessualmente?
  - spesso
  - qualche volta
  - mai

**WOMAN ABUSE SCREENING TOOL<sup>1</sup> (WAST)**

1. In general, how would you describe your relationship?
    - a lot of tension
    - some tension
    - no tension
  
  2. Do you and your partner work out arguments with:
    - great difficulty
    - some difficulty
    - no difficulty
  
  3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself?
    - often
    - sometimes
    - never
  
  4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing?
    - often
    - sometimes
    - never
  
  5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?
    - often
    - sometimes
    - never
  
  6. Has your partner ever abused you physically?
    - often
    - sometimes
    - never
  
  7. Has your partner ever abused you emotionally?
    - often
    - sometimes
    - never
  
  8. Has your partner ever abused you sexually?
    - often
    - sometimes
    - never
-



## ALLEGATO 2 - QUESTIONARIO ANONIMO DI RICERCA SULLA SALUTE DELLE DONNE

1. Età: \_\_\_\_\_

2. Nazionalità:

- ① Italiana
- ② Altri Paesi (specificare) \_\_\_\_\_

3. Stato civile:

- ① Nubile
- ② Coniugata
- ③ Separata
- ④ Divorziata
- ⑤ Vedova

4. Titolo di studio:

- ① Nessuno o Elementare
- ② Diploma scuola media inferiore
- ③ Scuola media inferiore e Diploma di Formazione professionale
- ④ Diploma scuola media superiore
- ⑤ Scuola media superiore e Diploma di Formazione professionale
- ⑥ Laurea
- ⑦ Formazione post-laurea (master, dottorato...)
- ⑧ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Fino a che età sei andata a scuola? .....

5. Vivi:

- ① Con i figli/e il partner
- ② Con i figli/e, senza il partner
- ③ Con i figli/e e la famiglia d'origine
- ④ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

6. Numero di figli/e: \_\_\_\_\_

7. Età e sesso dei figli/e (inizi dal più grande):

	Età	Maschio	Femmina
① Figlio/a 1			
② Figlio/a 2			
③ Figlio/a 3			
④ Figlio/a 4			

8. Attualmente sei incinta:

- ① Si
- ② No

9. Condizione professionale:

- ① Occupata
- ② Disoccupata
- ③ Casalinga
- ④ Studentessa
- ⑤ Studentessa lavoratrice
- ⑥ Pensionata
- ⑦ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

10. Orario di lavoro:

- ① NON lavoro
- ② Part-time
- ③ A tempo pieno
- ④ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

11. In questo momento com'è la tua salute?

- ① Molto buona
- ② Buona
- ③ Così così
- ④ Cattiva

<b>12. Negli ultimi 12 mesi ti sei sentita sottoposta a forte stress?</b>	SI	NO
① Per problemi di relazione di coppia	SI	NO
② Per problemi con altrifamiliari	SI	NO
③ Per problemi lavorativi	SI	NO
④ Per problemi tra amici/amiche	SI	NO
⑤ Per problemi di salute	SI	NO
⑥ Per problemi economici	SI	NO
⑦ Altro (specificare) _____	SI	NO

13. Se hai delle preoccupazioni, o un momento di difficoltà, hai qualcuno con cui confidarti?

- ① Si,  
con \_\_\_\_\_
- ② No
- ③ Non so

**14. Nell'ultimo mese:**

1. Hai avuto incubi?

- ① No
- ② 1 o 2 volte
- ③ Più spesso

2. Ti sei sentita particolarmente ansiosa?

- ① No
- ② 1 o 2 volte
- ③ Più spesso

3. Hai avuto attacchi di panico (momenti di intensa paura o disagio, spesso con palpitazioni, senso di soffocamento, nausea, paura di perdere il controllo o di morire?)

- ① No
- ② 1 o 2 volte
- ③ Più spesso

4. Hai sentito voci e/o rumori che nessun altro sentiva?

- ① No
- ② 1 o 2 volte
- ③ Più spesso

**15. Nell'ultimo mese:**

1. Sei stata in grado di concentrarti su quello che stavi facendo?

- ① Meglio del solito
- ② Come al solito
- ③ Meno bene del solito
- ④ Molto meno bene del solito

2. Hai avuto difficoltà a dormire a causa di preoccupazioni?

- ① Per niente
- ② Non più del solito
- ③ Un po' più del solito
- ④ Molto più del solito

3. Ti sei sentita utile?

- ① Più del solito
- ② Come al solito
- ③ Meno del solito
- ④ Molto meno del solito

4. Ti sei sentita capace di prendere decisioni?

- ① Più del solito
- ② Come al solito
- ③ Meno del solito
- ④ Molto meno del solito

5. Ti sei sentita costantemente sotto pressione, stressata?

- ① Per niente
- ② Non più del solito
- ③ Un po' più del solito
- ④ Molto più del solito

6. Hai avuto l'impressione di non essere in grado di superare le difficoltà?

- ① Per niente
- ② Non più del solito
- ③ Un po' più del solito
- ④ Molto più del solito

16. Negli ultimi 12 mesi hai assunto farmaci?

- ① Sì
- ② No

17. Se Sì, quali?.....

---

18. Negli ultimi 12 mesi, hai avuto traumi fisici, ferite o lesioni?	SI	NO
① Per incidente domestico	SI	NO
② Per incidente stradale	SI	NO
③ Per incidente sportivo	SI	NO
④ Per aggressioni	SI	NO
⑤ Altro (specificare) _____	SI	NO

19. Negli ultimi 12 mesi, nel complesso, dormi bene?

- ① Sì
- ② No

20. Negli ultimi 12 mesi, ti svegli riposata?

- ① Sì
- ② No

USO DEI SERVIZI

<b>21. Negli ultimi 12 mesi ti sei rivolta a</b>	No	Si 1 volta	Si 2/3 volte	Si più spesso
① Medico di medicina generale				
② Ginecologo/a				
③ Psicologo/Psichiatra				
③ Pronto Soccorso				
④ Centro di Salute Mentale / Servizio per le Dipendenze				
⑤ Consultorio familiare				
⑥ Servizio sociale				
⑦ Centro AntiViolenza				
⑧ Altri specialisti o servizi				

<b>22. Negli ultimi 12 mesi, sei stata ricoverata in ospedale?</b>	No	Si, 1 volta	Si, 2/3 volte	Si, più spesso
--	----	-------------	---------------	----------------

La qualità delle relazioni con le persone che ci stanno vicine sono importanti per la salute. Le prossime domande riguardano le relazioni con il partner (marito, compagno, fidanzato) e con i familiari negli ultimi 12 mesi.

	Molta tensione	Un po' di tensione	Nessuna tensione
<b>23. (a) In generale, come descriveresti la tua relazione con il partner? Una relazione con:</b>			
23. (b) In generale, come descriveresti la relazione con la tua famiglia di origine? Una relazione con:			
23. (c) In generale, come descriveresti la relazione con la famiglia del tuo partner? Una relazione con:			

	Grande difficoltà	Un po' di difficoltà	Nessuna difficoltà
<b>24. (a) Tu e il tuo partner risolvete le liti con:</b>			
24. (b) Tu e la tua famiglia di origine risolvete le liti con:			
24. (c) Tu e la famiglia del tuo partner risolvete le liti con:			

	Spesso	Qualche volta	Mai
<b>25. (a) Succede mai che le liti (col tuo partner) ti facciano sentire giù, triste o in colpa?</b>			
25. (b) Succede mai che le liti (con la tua famiglia di origine) ti facciano sentire giù, triste o in colpa?			
25. (c) Succede mai che le liti (con la famiglia del tuo partner) ti facciano sentire giù, triste o in colpa?			

	Spesso	Qualche volta	Mai
<b>26. (a) Succede mai che le liti (col tuo partner) si risolvano in botte, calci o spintoni?</b>			
26. (b) Succede mai che le liti (con la tua famiglia di origine) si risolvano in botte, calci o spintoni?			
26. (c) Succede mai che le liti (con la famiglia del tuo partner) si risolvano in botte, calci o spintoni?			

	Spesso	Qualche volta	Mai
<b>27. (a) Ti succede mai di sentirti spaventata per ciò che il tuo partner fa o dice?</b>			
27. (b) Ti succede mai di sentirti spaventata per ciò			

che la tua famiglia di origine fa o dice?			
27. (c)Ti succede mai di sentirti spaventata per ciò che la famiglia del tuo partner fa o dice?			

	Spesso	Qualche volta	Mai
<b>28. (a)E' mai successo che il tuo partner ti abbia maltrattata fisicamente?</b>			
28. (b)E' mai successo che la tua famiglia di origine ti abbia maltrattata fisicamente?			
28. (c)E' mai successo che la famiglia del tuo partner ti abbia maltrattata fisicamente?			

	Spesso	Qualche volta	Mai
<b>29. (a)E' mai successo che il tuo partner ti abbia maltrattata psicologicamente?</b>			
29. (b)E' mai successo che la tua famiglia di origine ti abbia maltrattata psicologicamente?			
29. (c)E' mai successo che la famiglia del tuo partner ti abbia maltrattata psicologicamente?			

	Spesso	Qualche volta	Mai
<b>30. (a)E' mai successo che il tuo partner abbia abusato di te sessualmente?</b>			
30. (b)E' mai successo che la tua famiglia di origine abbia abusato di te sessualmente?			
30. (c)E' mai successo che la famiglia del tuo partner abbia abusato di te sessualmente?			

<b>31. E' successo che ti critichi intensamente o ti tratti male ?</b>	Spesso	A volte	Mai
① Il tuo partner			
② La tua famiglia di origine			
③ La famiglia del tuo partner			

<b>32. Se ci sono dei problemi nella relazione di coppia, secondo te, tuo/a figlio/a ne risente?</b>	Si	No	Non so

<b>33. Se ci sono dei problemi nella relazione con gli altri familiari, secondo te, tuo/a figlio/a ne risente?</b>	Si	No	Non so

34. Secondo te, quali servizi potrebbero aiutare le mamme o migliorare il loro benessere?	Molto importante	Abbastanza importante	Meno importante
① Asili nidi			
② Dopo scuola o scuola a tempo pieno			
③ Servizi di baby sitting			
④ Sostegno economico alle mamme			
⑤ Sostegno economico per le famiglie con figli/e			
⑥ Maggiori possibilità di lavoro per le donne			
⑦ Cure mediche gratuite per le donne			
⑧ Corsi di formazione sulla maternità			
⑨ Corsi di formazione sulla paternità			
⑩ Offerta di formazioni (lingue, informatica...) con servizio di baby sitting			
⑪ Piste ciclabili			
⑫ Spazi verdi/giardini			
⑬ Altro (specificare)_____			

Vorresti aggiungere qualcosa?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE!



### ALLEGATO 3 - SCHEDA RILEVAZIONE DATI RELATIVI AL MINORE

(verifica presenza dei criteri di inclusione):

- Età (0-17)
- Accesso Pronto Soccorso Pediatrico
- Osservazione Temporanea  
e/o
- Ricovero
- Clinica Pediatrica
- Chirurgia Pediatrica
- Ortopedia Pediatrica
- Otorinolaringoiatria
- Oculistica
- Emato oncologia Pediatrica
- NeuroPsichiatria Infantile
- Neonatologia
- Madre accompagnatrice

(verifica assenza dei criteri di esclusione)

- Minore accompagnato da altri/e (no madre)
- Impossibilità alla compilazione del questionario da parte della madre, per presenza/impedimento del partner

Numero di assegnazione (appaiato alla “scheda madre”) \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_

Sesso M  F

Nazionalità /

Etnia \_\_\_\_\_

#### **LINGUA PARLATA**

- Italiano
- Inglese
- Bengalese
- Cinese
- Arabo
- Albanese
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Motivo

dell'accesso \_\_\_\_\_

Nr accessi in PS negli ultimi 12 mesi: \_\_\_\_\_

- minore già monitorizzato per sospetto maltrattamento in famiglia

**Minore in:**

- OT       OBI       Ricovero

Se Ricovero, motivo del ricovero:

Reparto: Clinica Pediatrica    Chirurgia Pediatrica    Neuropsichiatria  
Pediatrica Ortopedia Pediatrica    Otorinolaringoiatria Oculistica  
Ematoncologia Pediatrica

DIAGNOSI ALLA  
DIMISSIONE \_\_\_\_\_

**PRESENTI ALL'ACCESSO IN PS**

- Madre       Padre       Altri       Nessuno

**RESPONSABILITA' GENITORIALE**

- Madre/Padre       Madre       Padre       Tutore

**ALTRI FIGLI/E**

- si  
 no

**Valutazione Nutrizionale del/la minore**

- normale  
 denutrizione  
 obesità

**Stato Psicoemotivo** (è possibile più di una risposta)

- apparentemente normale    rallentato    aggressivo    ansioso/pianto

**Igiene**      adeguato    non adeguato

**Disturbi del sonno**    no    si

- difficoltà di addormentamento  
 risvegli frequenti  
 insonnia totale  
 incubi

Patologia organica di base:    no    si

Sintomo guida all'ingresso: \_\_\_\_\_

Durata del sintomo:     < 1 settimana       >1 sett – 1 mese       1-3 mesi  
 > 3 mesi

Perdita scolastica a causa del sintomo:    no    si

Se si,     < 1 settimana       >1 sett – 1 mese       1-3 mesi       > 3 mesi

## RINGRAZIAMENTI

Grazie! Grazie! Grazie!

Ringrazio l'Università degli Studi di Trieste e l'I.R.C.C.S. Materno Infantile "Burlo Garofolo" tutto, che ha fatto da seconda casa durante questo lavoro. Ringrazio il dr Claudio Germani, per l'accoglienza, esperienza clinica, supporto, stima e fiducia, anche nel sostenere uno studio che ha affrontato il pieno di una pandemia. Ringrazio il prof. Barbi, sguardo attento e supervisore, il prof. Gasparini, Coordinatore del Corso di Dottorato, e il prof. Stocco, Vice-Coordinatore, per qualità di presenza, supporto e dedizione. Ringrazio tutto il team epidemiologi, in particolare Manuela, ringrazio Giuliana, ringrazio Hermine, Najada, e tutte le persone che hanno collaborato alla traduzione e fase preliminare del lavoro.

Mi sento arricchita da ogni incontro, da ogni scambio, da ogni esperienza ed incontro di questi 3 anni.

Un ringraziamento speciale va alla professoressa Romito, con la quale è iniziato un viaggio tanto profondo quanto meraviglioso, grazie alla quale, anni fa, ho iniziato a dare un nome chiaro a molte cose ed ho iniziato a vederle con occhi nuovi. Grazie per il suo esempio, di donna, di professionista, di passione, impegno, dedizione e grazie per aver creduto in me.

Un ringraziamento importante va ad ogni donna, madre che ho incontrato ed ai suoi figli e figlie, focus dove mira e ha mirato il mio sguardo in questo viaggio, spinte motrici di questo lavoro e fiamma della mia motivazione interna.

Un grazie prezioso va alla vita di ogni singola persona, che ha attraversato questo tipo di percorso e situazione, a tutto ciò che ha vissuto, perché se oggi sono qui a poterne scrivere, riflettere, tentare di entrare, prendere consapevolezza e sentire cosa si può fare nel presente e futuro, affinché ogni dolore, prova e sfida non siano invane ma si riempiano di senso, è anche grazie a loro.

Le parole non rendono a sufficienza. I miei ringraziamenti, da e con tutto il mio cuore, vanno ai miei Genitori, alle mie Sorelle e ai miei Fratelli, ai miei Nonni d'Anima, alla mia Famiglia, Tutta, ai miei Maestri e Guide, a coloro che mi hanno sostenuta, supportata, in questo viaggio, anche solo con un pensiero, con uno sguardo, con un battito, a chi c'è vicino, a chi resta, a chi è presente, e con coraggio cammina di fianco a me. Ringrazio tutti e tutte quelle che mi hanno supportato e "sopportato" in questi 3 anni, e non solo, specialmente nei momenti tosti e sfidanti.

Grazie al rispetto, alla fiducia, al valore di ogni donna, di ogni uomo, di ogni bambino e

di ogni bambina, di ogni Vita.

Un grazie ad ogni singola difficoltà e lacrima che nella vita mi hanno insegnato a crescere, ad imparare un po' di più, ad essere più forte, ma mai mi hanno trasformata in chi non sono, indurendo e chiudendo il cuore.

Grazie ai miei Angeli terreni, a chi non è più qui in carne ed ossa, ma è presente come mai prima. Grazie al mio Angelo speciale.

Ogni persona che ho incontrato nel mio cammino mi ha lasciato qualcosa di sé, ed io ho lasciato qualcosa di me, e così sarà in futuro, e questa per me è una ricchezza di un valore inestimabile. Grazie!

Grazie per ogni sfumatura che se anche ora mi sfugge in questo scritto, è ben impressa nella tela della mia vita.

Un grazie va al supporto più grande, che mi ha spinto a mettermi in gioco, nella vita, in ogni suo livello, ad esserci, affrontando le mie paure con coraggio, con la capacità di sorridere nonostante tutto, trasformando le difficoltà in opportunità.

Grazie per aver tirato fuori e messo in azione il coraggio di cambiare.

Grazie! Grazie! Grazie!

*“Cura la tua unicità come il fiore più prezioso dell’albero.  
Sei il sogno realizzato di tutti i tuoi antenati.”*

*Bert Hellinger*