CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE NEI CONSULTORI FAMILIARI

Enrica Beringheli (a), Ilaria Lega (b)

(a) *Già psicologa-psicoterapeuta presso i consultori familiari dell'ASST Melegnano-Martesana, Milano*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

“Ciò che mi spaventa non è la violenza dei cattivi;
è l'indifferenza dei buoni”

M. L. King

Violenza contro le donne: prevalenza, conseguenze sulla salute, ruolo dei servizi e dei professionisti sanitari

È a partire dagli anni '90 del secolo scorso che la comunità internazionale e le organizzazioni intergovernative, incluse le Nazioni Unite e il Consiglio d'Europa, hanno messo in evidenza l'entità e la natura del fenomeno della violenza contro le donne. L'indagine condotta dall'Agenzia dell'Unione europea per i Diritti Fondamentali (*Fundamental Rights Agency*, FRA) su 42.000 donne in 28 Stati membri dell'Unione Europea (UE) ha documentato che in Europa la violenza contro le donne costituisce una violazione dei diritti umani di vaste proporzioni, che impone una rinnovata attenzione politica: il 33% delle donne ha subito violenza fisica e/o sessuale dopo i 15 anni, il 22% da parte del partner; il 43% delle donne ha subito una qualche forma di violenza psicologica da parte di un partner attuale o precedente (1).

La violenza contro le donne è un problema di salute pubblica trasversale alla posizione sociale, colpisce soprattutto – ma non solo – le giovani donne, mette a maggior rischio le donne con disabilità e patologie croniche e coinvolge sempre i bambini come vittime di violenza assistita (1). Solo il 14% delle donne ha denunciato alla polizia l'episodio più grave di violenza inflitta dal partner. L'opportunità del coinvolgimento dei professionisti sanitari, fra i quali anche quelli del percorso nascita, è supportata dal riscontro che l'87% delle donne considera accettabile il fatto che i medici chiedano informazioni in merito alla violenza e dal fatto che, tra le donne che hanno subito violenza da parte di un ex-partner, il 42% ha sperimentato tale violenza proprio durante la gravidanza (1). La bellissima prefazione di Patrizia Romito all'edizione italiana delle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sintetizza con grande efficacia questa opportunità:

“[...] Gli operatori sanitari hanno un ruolo chiave nel rispondere ai bisogni delle vittime, per diversi motivi: essi/esse sono spesso le prime figure, e a volte le sole, che possono rendersi conto della situazione che la donna sta vivendo; rappresentano spesso delle figure autorevoli nella comunità, e i loro comportamenti hanno un “peso” importante sulla singola paziente e sulle persone che la circondano; la violenza, presente o passata, costituisce una delle cause della malattia/sofferenza (a volte la principale) e va quindi inclusa nella diagnosi e nella presa in carico [...]. Le cure sanitarie dirette alle vittime di violenza devono radicarsi in un approccio rispettoso dei diritti umani delle donne. Questo significa adottare un approccio di cure ‘centrate sulle donne’, che tuteli la loro dignità e garantisca autonomia decisionale. Gli

operatori sanitari devono avere la consapevolezza dell'impatto che il "genere" – discriminazioni materiali, aspettative, stereotipi... – ha sulla vita delle donne e devono essere in grado di tenerne conto nell'approccio con le vittime [...]" (2).

Quanto proposto dalla linea guida OMS presuppone che il personale sanitario riceva una formazione specifica sulla violenza contro le donne, che deve far parte del curriculum universitario o professionale degli operatori ed essere continuamente aggiornata e opportunamente valutata nel corso dell'attività professionale (2).

Lo screening universale sulla violenza è sconsigliato dall'OMS, ma l'esposizione alla violenza del partner deve essere indagata in quelle condizioni che possono essere causate o complicate dalla violenza, che includono sintomi di un disturbo mentale – come depressione, ansia, PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), tentativi di suicidio/atti autolesivi –, esiti riproduttivi avversi (tra cui ripetute gravidanze indesiderate e/o interruzioni di gravidanza, ritardo nell'assistenza durante la gravidanza, esiti avversi del parto), sintomi genitali inspiegabili (compreso il dolore pelvico, disfunzioni sessuali), sanguinamento vaginale ripetuto e infezioni a trasmissione sessuale, consultazioni sanitarie ripetute o partner intrusivo. Il contesto delle cure prenatali è un'occasione per informarsi sistematicamente sulla violenza da partner (2). È sempre necessaria la presenza dei requisiti minimi per chiedere informazioni sulla violenza da partner che includono: disponibilità di un protocollo/procedura operativa standard; formazione su come fare domande, e su come fornire almeno una risposta minima o chiarimenti ulteriori; setting che garantisca la privacy; garanzia di riservatezza; organizzazione nel servizio di un sistema di invio ad altri servizi (2).

Contesto italiano

I dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) relativi al 2014 collocano l'Italia in linea con l'allarmante media europea: le donne che hanno subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale sono il 31,5% (circa 7 milioni di donne): il 20,2% (4 milioni 353 mila) ha subito violenza fisica, il 21% (4 milioni 520 mila) violenza sessuale, il 5,4% violenze sessuali gravi, quali stupro (652 mila) e tentato stupro (746 mila) (3). La voglia di riscatto e difesa è altissima: il 41,7% delle vittime ha lasciato il proprio compagno a causa delle violenze subite. Le donne straniere hanno subito violenza fisica o sessuale in misura simile alle italiane nel corso della vita (31,3% e 31,5%), ma più spesso dal partner o da un ex partner (20,4%) rispetto alle donne italiane (12,9%). Per quanto con un trend in miglioramento, la violenza del partner viene denunciata alle forze dell'ordine solo dall'11,8% delle donne e la ricerca di aiuto presso i servizi specializzati riguarda solo il 4,9% (3).

Delle 119 donne uccise in Italia nel 2020, il 92,2% è stata uccisa da una persona conosciuta: nel 51,7% dei casi (60 donne) dal partner attuale e nel 6,0% (7 donne) dal precedente, nel 25,9% dei casi (30 donne) da un familiare (inclusi i figli e i genitori) e nell'8,6% dei casi (10 donne) da un'altra persona conosciuta (amico, collega) (4).

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha accresciuto il rischio di violenza contro le donne in ambito familiare e ridotto la possibilità di accoglienza da parte dei servizi sanitari. Nel 2020 le richieste di aiuto al numero di pubblica utilità 1522 contro la violenza sulle donne e lo stalking promosso e gestito dal Dipartimento per le Pari Opportunità sono aumentate del 79,5%, con picchi ad aprile e a maggio, rispetto al 2019 (5). Gli accessi al Pronto Soccorso di donne con l'indicazione di diagnosi di violenza nel 2020 sono invece diminuiti del 28% rispetto al 2019, anche se in misura inferiore rispetto al totale degli accessi per qualsiasi diagnosi (6). La rete DIRE

(Donne in Rete contro la violenza) ha registrato un aumento degli accessi delle donne ai servizi antiviolenza nel marzo-aprile 2020 rispetto agli anni precedenti (7).

In linea con la Convenzione di Istanbul, ratificata dall'Italia con la Legge 27 giugno 2013 n. 773, nel Paese sono state adottate le linee guida nazionali rivolte alle aziende sanitarie e ospedaliere finalizzate a garantire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna (8). Nel 2020 il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Unità operativa Ricerca psicosociosanitaria, Comunicazione, Formazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha realizzato un corso FAD per favorire la piena divulgazione delle Linee guida nazionali cui hanno partecipato 26.347 professionisti e 642 Pronto Soccorso di tutte le Regioni italiane (6).

La Legge 19 luglio 2019, n. 69, recante "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere", conosciuta anche come Codice Rosso, ha reso più incisiva la repressione della violenza di genere introducendo nuove fattispecie di reato, inasprendo le pene di delitti già esistenti e predisponendo meccanismi di pronta risposta al fenomeno della violenza domestica e di genere e incidendo sui tempi investigativi.

Considerazioni

L'indagine dell'ISS 2018 ha raccolto informazioni di livello generale per restituire una prima fotografia nazionale del coinvolgimento dei Consultori Familiari (CF) in attività orientate alla prevenzione della violenza di genere in ambito scolastico e nel riconoscimento e nella presa in carico delle donne vittime di violenza.

È opportuno ricordare che, fra i 1.226 CF che hanno riferito di occuparsi di adolescenti/giovani e/o dell'area coppia/famiglia, quelli che effettuano attività di prevenzione e promozione della salute nelle scuole – in autonomia o in collaborazione con altri servizi – sono il 67,9% al Nord, il 51,4% al Centro e il 69,5% al Sud e nelle Isole. Il tema della violenza di genere è trattato più spesso in ambito scolastico dai CF delle Regioni del Centro (69,3%), rispetto a quelli del Sud e Isole e del Nord del Paese (46,6% e 42,3% rispettivamente).

A livello di Azienda sanitaria/Distretto, le attività relative al contrasto alla violenza di genere sono oggetto di programmazione periodica nel 61% dei servizi consultoriali e l'82,5% (151/183) ha sottoscritto un atto formale di collaborazione con la rete territoriale antiviolenza. Inoltre, il tema del contrasto alla violenza di genere, anche con particolare riferimento alla violenza in gravidanza, è fra i più rappresentati nei CF che hanno svolto attività di ricerca negli ultimi 5 anni. L'indagine testimonia quindi che il contrasto alla violenza contro le donne è parte integrante delle attività dei servizi consultoriali, che in questo ambito sviluppano programmazione e promuovono integrazione e ricerca.

Al livello di indagine di singola sede – che dà una misura della capillarità dell'offerta dei CF a livello di prossimità con l'utente – i risultati cambiano: i CF che fanno parte della rete antiviolenza sono in media 1 su 2 (52%). Emerge un'ampia variabilità interregionale: in Basilicata, Campania, Calabria, Liguria e Valle d'Aosta meno del 20% dei CF fa parte di questa rete, a fronte di oltre il 70% nella PA di Trento, in Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche e Molise. Con riferimento alle raccomandazioni delle linee guida dell'OMS e nazionali è urgente promuovere il collegamento dei CF con la rete antiviolenza come buona pratica diffusa in tutte le Regioni/PA del Paese.

Anche per l'offerta di *counselling* sulla violenza di genere e sessuale da parte dei CF – garantita a livello nazionale in media dal 70% dei CF – si riscontra un'ampia variabilità, con un gradiente geografico che vede una maggiore disponibilità nei CF delle Regioni del Centro

(80,4%) rispetto al Nord (70,8%) e al Sud e Isole (61,9%). Stratificando la disponibilità di *counselling* sulla violenza di genere e sessuale rispetto al modello prevalente di CF adottato nelle diverse Regioni – maggiormente orientato alle attività dell’area ostetrico-ginecologica (Piemonte, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria), centrato sulle competenze psicosociali (Lombardia, Liguria e Molise) o che abbinò la doppia linea di attività sanitaria e psicosociale (Valle d’Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio, Regioni del Sud e Isole) (9) – l’offerta mostra differenze contenute, essendo presente rispettivamente nel 65,7%, 73,3% e 70,5% delle sedi di CF. La composizione delle équipes in termini di profilo professionale non sembra quindi essere l’elemento principale in grado di condizionare la disponibilità di un *counselling* di primo livello.

Complessivamente i casi di donne vittime di violenza seguite nel 2017 dai CF in collaborazione con altri servizi sono stati 3.897, pari al 3% delle utenti donne dei CF nello stesso anno. È indubbio che i CF debbano essere adeguatamente supportati per svolgere un ruolo di maggior rilievo sia nel riconoscimento che nella presa in carico: i risultati dei più robusti studi italiani ci dicono infatti che hanno subito violenze nell’ultimo anno il 12% delle donne ricoverate per IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza) (10), il 14% di quelle che accedono al Pronto Soccorso (11), il 9% delle utenti di medici di medicina generale (12).

Guardando oltre i dati resi disponibili dall’indagine dell’ISS, fra le esperienze regionali meglio documentate ci sono quelle dell’Emilia-Romagna, dove l’Osservatorio regionale sulla violenza di genere pubblica dal 2018 un rapporto annuale che prende in esame l’andamento del fenomeno della violenza contro le donne analizzando i servizi esistenti e la domanda di accesso (13) e della Toscana, giunta nel 2021 al 13° rapporto, che contiene una sezione dedicata al ruolo dei CF (14).

Il PDTA regionale per le donne che subiscono violenza adottato in Friuli Venezia Giulia individua i CF fra i servizi sociosanitari che compongono i nodi della rete regionale di riferimento per la presa in carico della donna che subisce violenza, attribuendo loro un ruolo di primo piano sia nell’accoglienza che nella messa in protezione della donna (15).

A livello aziendale, la ASL Roma 2 ha messo a punto un percorso per le donne vittime di violenza, riconosciuto tra le buone pratiche aziendali, che prevede: la figura del *case manager*, l’ostetrica/infermiera che segue la donna in tutto l’iter ospedaliero e l’affidamento ai servizi; il Punto unico di ricezione, un telefono attivo 12 ore al giorno per operatori segnalanti, finalizzato a creare un raccordo e attivare la rete; il Centro unico di riferimento, in cui un’équipe dedicata accoglie la donna e mette a punto con lei un piano di intervento individualizzato (16).

Uno studio svolto nel 2017 in 6 CF dell’hinterland milanese ha esplorato le motivazioni della domanda di un campione di 97 donne vittime di violenza psicologica, fisica e/o sessuale utenti dei servizi consultoriali e le difficoltà agli operatori nella presa in carico di queste utenti (17). Meno del 10% si era rivolta al CF per chiedere aiuto per i maltrattamenti in famiglia e gli episodi di violenza, mentre le principali motivazioni dell’accesso erano la conflittualità di coppia, problematiche riferibili a difficoltà genitoriali, stati d’ansia, attacchi di panico, controlli ginecologici, Pap-test, IVG, bonus regionali. In questo studio alcuni casi sono stati intercettati dalle assistenti sociali durante l’erogazione dei bonus regionali, altri da richieste di sostegno psicologico per disturbi d’ansia, stati depressivi e/o disturbi psicosomatici. La lettura di questa esperienza evidenzia come la “domanda o richiesta” che arriva ai CF è varia e complessa, necessita di una buona capacità di analisi e di una conoscenza delle risorse esistenti sul territorio da parte dell’équipe. È uno dei momenti più complessi e delicati del lavoro consultoriale. Dal fronte degli operatori che hanno partecipato allo studio, meno del 10%, per lo più di area sanitaria, ritiene “che il problema non rientra nel loro ruolo, non li riguarda”, altri (12%) dell’area psicosociale hanno lamentato di non sentirsi in grado di affrontare direttamente il tema per mancanza di preparazione specifica e di strumenti adeguati. È emersa una frattura tra operatori dell’area sanitaria e dell’area psicosociale che, anche alla luce dell’indagine dell’ISS (9) stimola

una riflessione sui cambiamenti avvenuti gradualmente nel funzionamento dei CF a partire dalla metà degli anni '90 ad oggi. I mutamenti legislativi, la diffusa carenza di personale e la contrazione del numero delle sedi sembrano aver diluito le caratteristiche peculiari e fondanti del CF minandone il carattere esperienziale, di laboratorio sociale e culturale sulla sessualità “sana e consapevole”. Complessivamente è divenuto predominante l'aspetto sanitario, in una logica di “prestazioni da erogare”, di organizzazione per appuntamenti e con un singolo operatore: ginecologo, ostetrica, psicologo, assistente sociale. Naturalmente il CF risponde anche a situazioni urgenti per le quali le donne vanno accolte immediatamente (contraccezione d'emergenza) o entro pochi giorni (gravidanza non desiderata, dubbio di maltrattamenti/violenza sessuale, gravidanza iniziale, ecc.). Ciò nonostante, l'impianto del consultorio dovrebbe rimanere ancorato a una logica multiprofessionale e di forte interazione con le altre realtà, non solo sociosanitarie, ma anche educative, ricreative, culturali (18).

Possibile ruolo per i CF nel contrasto alla violenza contro le donne

Il racconto della violenza è difficile, si trova a passare per altre vie. I motivi sono differenti e soggettivi, si è parlato di vergogna, paura per sé e per i figli, incapacità di dare voce al dolore, paura di sentirsi madri o mogli fallite. La narrazione della violenza e del trauma è un aspetto di profonda criticità. Le donne vittime di maltrattamenti non raccontano facilmente ed esplicitamente le violenze subite, piuttosto paiono consegnare agli operatori sanitari le conseguenze psico-fisiche delle loro sofferenze. Dietro a disagi psicologici, malesseri, generici problemi di coppia, separazioni “conflittuali”, disagi dei figli, difficoltà genitoriali, IVG ripetute, patologie ginecologiche, disturbi e disagi perinatali non è raro che si nascondano violenze. Operatori educati a un ascolto attento, preparato e formato a individuare le spie della violenza e come essa si manifesti nei racconti possono avere un ruolo fondamentale nell'aiuto alle vittime. Rita Charon, che molto si è occupata di questo tema e del trauma, ha affermato che le persone che subiscono violenza o che sono traumatizzate devono essere spesso accompagnate nella narrazione del trauma (19). Un aspetto fondamentale nel trattamento della violenza di genere è quello di accompagnare le vittime nella ricostruzione del proprio racconto, della propria versione. Gli operatori devono essere formati per comprendere il racconto dei pazienti ma anche a strutturare il proprio, per analizzare il loro operato, e l'importanza del sostegno e della coesione all'interno dell'équipe, anche per il benessere degli operatori (19). Perché, ricordiamolo, un operatore equilibrato è un operatore che è in grado di aiutare il proprio paziente.

Un mito da sfatare è quello che vede nella gravidanza un momento di “protezione” della donna rispetto alla violenza (1), e il puerperio può rappresentare anzi un momento di particolare rischio, in cui è possibile che riprendano comportamenti violenti cessati in precedenza (20). Un aspetto su cui i CF dovrebbero focalizzarsi è proprio quello della gravidanza, che può essere foriero di campanelli d'allarme. Inoltre è un momento di grande delicatezza nella vita di una donna e il rapporto che si crea con i professionisti sanitari che seguono la donna in questo percorso è strategico. È necessario guardare alla gravidanza come una finestra diretta sulla salute futura della donna: il periodo perinatale rappresenta un'opportunità unica per i professionisti sanitari di valutare il benessere mentale e fisico della donna, contribuendo a migliorare la sua salute per tutto l'arco della sua vita (21). Non a caso la linea guida dell'OMS raccomanda di indagare l'eventuale esposizione alla violenza del partner nel periodo perinatale, e ciò chiama in causa il CF e i suoi professionisti che si occupano di percorso nascita, ma anche di IVG e di salute sessuale. Rispetto al contesto del Pronto Soccorso, che ha un ruolo centrale nella linea guida nazionale, il CF ha

delle potenzialità del tutto peculiari: può contare su un'équipe multiprofessionale – se saremo in grado di preservarla e rilanciarla – e sulla relazione instaurata con la donna nell'ambito di un percorso, cosa che facilita un riconoscimento più precoce di violenze anche meno manifeste ma non per questo meno gravi, e ha dalla sua la cifra dell'integrazione con il territorio e con i servizi sociosanitari per mettere in moto il lavoro di rete necessario alla presa in carico di casi così complessi.

L'associazione tra violenza e depressione, e il fatto che la violenza da parte del partner sia tra i principali fattori di rischio per la depressione post partum (22, 23), richiamano all'opportunità di unificare i percorsi per la prevenzione e il riconoscimento della depressione perinatale e della violenza contro le donne pur senza dimenticare le specificità delle due aree, soprattutto per quanto riguarda la presa in carico, che nel caso delle donne vittime di violenza in ambito familiare non può rivolgersi a tale contesto o includere il partner violento come destinatario dell'intervento (24).

I servizi consultoriali, con il loro ancoraggio al contrasto alle diseguaglianze di salute, possono rappresentare inoltre un presidio particolarmente prezioso per raggiungere le donne in condizioni di svantaggio o fragilità, giacché come sappiamo:

“la condizione economica, lo status di immigrata legale o illegale, il colore della pelle o l'origine etnica, l'orientamento sessuale, lo stato di disabilità, l'età hanno un impatto sia sul rischio di subire violenza sia sulla risposta da parte dell'istituzione sanitaria” (2).

Non dimentichiamo infine che il CF, attraverso le attività di promozione della salute nelle scuole, è forse fra i pochi servizi sanitari in grado di giocare un ruolo nella prevenzione della violenza di genere rivolta agli adolescenti, e, grazie alla disponibilità degli spazi giovani – 643 a livello nazionale ci dice l'indagine dell'ISS – offre alle giovani donne un luogo ad accesso libero, autonomo e gratuito, in cui trovare ascolto e supporto competente.

Conclusioni

La violenza contro le donne è un problema di salute pubblica la cui prevenzione e considerazione deve partire dai luoghi deputati alla cura, all'ascolto e al sostegno delle donne, quali sono i CF. È un cammino denso di criticità per affrontare le quali i CF, fondati sull'approccio olistico alla salute, sostenuti da équipe multiprofessionali esperte in qualità della relazione e comunicazione e integrate con gli altri servizi sociosanitari, offrono un'opportunità irrinunciabile per la prevenzione e il riconoscimento precoce della violenza, a partire dall'accompagnamento durante la vita sessuale, il percorso nascita e il percorso IVG, oltre che negli interventi rivolti agli adolescenti. È evidente come sia necessario un potenziamento strutturale, funzionale e organizzativo dei CF come previsto dal Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, rivolto a sette regioni del Mezzogiorno e finanziato a livello europeo, che oltre agli obiettivi di contrastare la povertà, prendersi cura della salute mentale e garantire maggiore copertura agli screening oncologici mira a porre il genere al centro della cura, stanziando dei fondi considerevoli per i CF nell'ottica dell'equità di genere. Si tratta di una importante opportunità che, con il potenziamento e il rinnovamento dell'assistenza territoriale previsti dal PNRR, intende affrontare la sfida di offrire servizi che non si misureranno sulla quantità di prestazioni erogate ma sulla capacità di promuovere la salute nei singoli e nelle comunità.

Bibliografia

1. Agenzia dell'Unione europea per i Diritti Fondamentali (FRA). *Violenza contro le donne: un'indagine a livello di Unione europea. Panoramica dei risultati*. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2014. Disponibile all'indirizzo: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_it.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
2. De Girolamo G, Romito P (Ed.). *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS*. Roma: Fioriti Editore, 2014.
3. ISTAT. *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files//2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
4. ISTAT. *Omicidi di donne*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/omicidi-di-donne>; ultima consultazione 05/04/2022.
5. ISTAT. *Le richieste di aiuto durante la pandemia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/257704>; ultima consultazione 05/04/2022.
6. ISTAT. *Violenza e accesso delle donne al pronto soccorso*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-e-accesso-delle-donne-al-pronto-soccorso>; ultima consultazione 05/04/2022.
7. Lundin R, Armocida B, Sdao P, et al. Gender-based violence during the COVID-19 pandemic response in Italy. *J Glob Health*. 2020;10(2):020359. doi:10.7189/jogh.10.020359
8. Italia. DPCM 24 novembre 2017 “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza. *Gazzetta Ufficiale* n.24 del 30-1-2018
9. Lauria L, Bortolus R, Battilomo S, et al. Analisi delle attività della rete dei Consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo: principali risultati del Progetto CCM 2017. *Epidemiol Prev*. 2021;45(5):331-42. doi:10.19191/EP21.5.A001.096
10. Romito P, Turan JM, Neilands T, Lucchetta C, Pomicino L, Scrimin F. Violence and women's psychological distress after birth: an exploratory study in Italy. *Health Care Women Int*. 2009;30(1-2):160-80.
11. 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.
12. Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact of current and past violence on women's mental health. *Social Science & Medicine* 2005;60:1717-27.
13. Osservatorio regionale sulla violenza di genere. *Rapporto Anno 2021*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://parita.regione.emilia-romagna.it/osservatorio-regionale-violenza-genere/rapporti-dell2019osservatorio-regionale-sulla-violenza-di-genere/osservatorio-regionale-sulla-violenza-di-genere-rapporto-anno-2021>; ultima consultazione 05/04/2022.
14. Osservatorio Sociale Regionale Regione Toscana. *13° Rapporto sulla violenza di genere*. Firenze: Regione Toscana; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13865702/violenzaXIII-interattivoII.pdf/0d8e75db-052a-e79f-9b9a-69daa5f67bc0?t=1637661416166>; ultima consultazione 05/04/2022.
15. Regione Friuli Venezia Giulia. *Percorso ospedaliero per le donne che subiscono violenza*. Trieste: Regione Friuli Venezia Giulia; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.fvg.it/rafvig/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale->

- sanitario/FOGLIA134/allegati/19112019_decreto_2400_SPS_2019.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
16. Proietti P, Marocchini S. *Il percorso aiuto donna dedicato alle vittime di violenza*. Roma: ASL Roma 2; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.buonepratiche sicurezzasanita.it/images/AslRoma2/Buona_Pratica_Percorso_Aiuto_Donna_ASL_ROMA_2_A.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
 17. Beringheli E. La violenza di genere: analisi dei dati del 2017 nei consultori dell'Asst Melegnano Martesana. In: *Convegno Assistenza alle vittime di violenza di genere, Vizzolo Predabissi, 9 aprile 2018*.
 18. Gambarini M, Marconi C, Maturilli F. Educazione alla salute nei consultori familiari. In: *Educare alla salute e all'assistenza: manuale per operatori*. Milano: Mondadori; 2018. Cap. 17. Disponibile all'indirizzo: <https://www.apirenetwork.it/2020/06/14/cap-17-educazione-alla-salute-bei-consultori-familiari/>; ultima consultazione 05/04/2022.
 19. Charon, R. Narrative medicine: attention, representation, affiliation. *Narrative* 2005;13(3):261-70.
 20. Dubini V, Curiel P. La violenza come fattore di rischio in gravidanza. *Risveglio Ostetrico* 2004;1:1-2.
 21. American College of Nurse-Midwives and the National Association of Nurse Practitioners in Women's Health; American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine, Louis JM, et al. Interpregnancy care. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(1):B2-B18. doi:10.1016/j.ajog.2018.11.1098)
 22. Romito P, Escriba'-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin Molzan Turan J. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Women's Health Issues* 2009;19, 335-343.
 23. Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown SJ. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG*. 2012;119(3):315-23.
 24. Romito P. Violenza sulle donne nel periodo perinatale e impatto sulla salute mentale. In: *Convegno "La sorveglianza ostetrica Itoss"*. Roma, 14 marzo 2019.