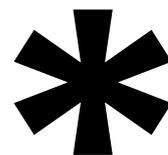


# violenza di genere



Linee di indirizzo  
regionali per  
l'accoglienza di  
donne vittime della  
**violenza di genere**





Regione Emilia-Romagna



**violenza  
gene**

di  
re

Linee di indirizzo  
regionali per  
l'accoglienza di  
donne vittime della  
**violenza di genere**



# Sommario

## **Introduzione** p.9

## **1. Alcune premesse.** p.11

- 1.1 La violenza
- 1.2 La violenza di genere sulle donne
- 1.3 Conseguenze e impatto della violenza di genere sulle donne
  - 1.3.1 Sul benessere e sulla salute delle donne
  - 1.3.2 Sull'autonomia della donna
  - 1.3.3 Sul benessere e sulla salute dei minori
- 1.4 La violenza in gravidanza
- 1.5 Femicidio
- 1.6 Costi della violenza

## **2. Il quadro normativo** p.21

- 2.1 Provvedimenti delle istituzioni internazionali
- 2.2 Legislazione europea
- 2.3 Normativa italiana
- 2.4 Normative regionali
- 2.5 Normativa della regione emilia romagna

## **3. Fenomenologia della violenza di genere** p.25

- 3.1 Fenomenologia e tassonomia
- 3.2 Il maltrattamento e il ciclo della violenza

## **4. I dati di contesto** p.29

## **5. Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere** p.33

- 5.1 Realizzazione degli obiettivi delle linee di indirizzo e organizzazione territoriale
  - 5.1.1 Accordi, protocolli e reti
  - 5.1.2 Integrazione fra servizi specialistici
- 5.2 L'accesso e l'accoglienza
  - 5.2.1 L'organizzazione dell'accoglienza della donna vittima di violenza
  - 5.2.2 Azioni e funzioni specifiche dell'attività di accoglienza
  - 5.2.3 Modalità di invio ai soggetti della presa in carico
  - 5.2.4 L'accesso e l'accoglienza in casi specifici
- 5.3 La presa in carico
  - 5.3.1 L'organizzazione della presa in carico rispetto alla violenza
  - 5.3.2 Azioni e funzioni specifiche dell'attività di presa in carico
  - 5.3.3 Valutazione del rischio di recidiva
- 5.4 Raccolta dati e strumenti di monitoraggio e valutazione
- 5.5 Formazione professionale
- 5.6 Attività di ricerca
- 5.7 Azioni di prevenzione e sensibilizzazione culturale



# Introduzione

La violenza contro le donne e i minori è sempre più frequente e ha effetti devastanti sulle vittime e su tutta la comunità.

Dobbiamo constatare che ancora oggi le risposte sociali in proposito sono a volte frammentate o insufficienti e che, sul piano culturale, è ancora scarso l'investimento nella ricerca scientifica volto allo sviluppo di metodologie e strumenti operativi socio-sanitari confrontabili, quali buone prassi e linee guida d'intervento formalmente adottati a livello locale e nazionale. Inoltre, molto c'è ancora da fare per sensibilizzare i mass media e passare da un'impronta prevalentemente sensazionalistica a forte impatto emotivo negativo, soprattutto sul versante dei Servizi, ad un'informazione culturale a valenza più educativa e preventiva.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità da tempo raccomanda a tutti gli Stati di dotarsi di un piano nazionale di prevenzione della violenza (Raccomandazione 1- WHO, 2002) e di metodologie di progettazione rigorose e scientifiche al fine di poter controllare e confrontare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni.

La Regione Emilia-Romagna, che da anni lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e i minori, ha accolto pienamente questa sollecitazione e si è voluta dotare di specifiche Linee di Indirizzo per ottimizzare ed estendere idonee modalità di accoglienza e presa in cura delle donne e dei minori vittime di violenza e maltrattamenti.

Anche mediante questo strumento si intendono perseguire e sviluppare, sui valori che la Regione riconosce, adeguate politiche attive che riconoscano e contrastino il fenomeno della violenza e promuovano adeguati supporti per tutti gli individui che ne sono vittima. La violenza nei confronti delle donne e dei minori è un fenomeno che potremmo definire "ad iceberg", in cui ciò che emerge risulta già molto contundente dal punto di vista della sensibilità individuale e sociale: è intenzione della Giunta regionale occuparsi dell'intero fenomeno, pur con delle priorità, una delle quali è stata individuata nell'ambito del Piano

sociale e sanitario nella tutela di donne e bambini. Ma non è tutto.

Al riguardo, sono necessarie politiche di accoglienza, di ascolto, che individuino il fenomeno, le persone, e se ne prendano carico offrendo risposte integrate e improntate all'equità.

La Regione vuole farsi carico di tutto questo con azioni di sostegno e la realizzazione di strumenti utili a alle finalità generali.

Quello delle Linee di Indirizzo è appunto uno di questi strumenti.

In gran parte frutto di esperienze già consolidate sul territorio, le Linee di Indirizzo fanno emergere le migliori sperimentazioni e le prassi più appropriate, ne fanno sistema e diventano offerta, guida e accompagnamento per tutta la regione.

Alle Linee di Indirizzo seguiranno documenti operativi specifici per un maggiore approfondimento dei diversi momenti di lavoro con le donne e i minori vittime di violenza. Nel suo complesso, è stato dunque costruito un modello di governance pubblico integrato che vede al centro la persona e che valorizza il ruolo delle strutture del privato sociale, del Terzo settore, dell'associazionismo, in modo particolare per quel che riguarda il contrasto della violenza di genere, che nella nostra regione rappresenta da tempo una storia ricca ed intensa di collaborazione con i Servizi pubblici.

Un ringraziamento finale a tutti gli operatori che con sapiente professionalità hanno collaborato alla stesura del documento, nell'intento comune di contrastare la violenza e di affermare il diritto all'integrità di ogni nostra cittadina e cittadino, fin dall'infanzia.

**Maria Teresa Marzocchi**

assessore regionale Politiche sociali

**Carlo Lusenti**

assessore regionale Politiche per la salute

# Capitolo 1

## ALCUNE PREMESSE

Da anni la regione Emilia-Romagna lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e contro i minori, per abbattere gli stereotipi tra le giovani generazioni e per favorire una cultura del rispetto, dell'autonomia e della dignità delle donne. La Regione Emilia-Romagna ha strutturato le proprie politiche di genere avvalendosi anche del ruolo ventennale che i centri antiviolenza, svolgono nei diversi territori mettendo in rete, con le azioni territoriali e con il proprio Coordinamento regionale<sup>1</sup>, conoscenze, azioni e professionalità a sostegno della donne maltrattate, in linea con quanto successivamente sancito a livello internazionale dall'art. 9 della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (in seguito "Convenzione di Istanbul"), adottata ad Istanbul l'11 maggio 2011 e ratificata dall'Italia con legge 172/2012.

Negli anni '90 la Regione ha realizzato, a partire dal Progetto Città Sicure, un primo studio sulla violenza di genere, un fenomeno ancora per molti versi poco riconosciuto e conosciuto.

Nel 2000 viene sottoscritto un Protocollo tra Regione, Anci Emilia-Romagna, Upi Emilia-Romagna e le Associazioni del terzo settore qualificato operanti nel territorio, quali le Case e i Centri Antiviolenza, che pone le basi per una nuova modalità di lavoro che richiede un intervento maggiormente integrato e una più forte collaborazione delle agenzie

---

<sup>1</sup> I Centri Antiviolenza, riuniti nel Coordinamento dei Centri antiviolenza della Regione Emilia-Romagna, oltre al lavoro diretto di supporto alle donne vittime di violenza e maltrattamento e ai loro figli, sono impegnati a conoscere e condannare ogni forma di violenza di genere sia quella subita in relazioni d'intimità sia quella perpetrata da altri soggetti: prostituzione coatta, tratta, molestie/ricatti sessuali sul luogo di lavoro, mutilazioni sessuali, matrimonio coatto, aborto selettivo, stalking, omicidio per la dote, stupro di guerra. I Centri sono gestiti da associazioni di donne ed operano secondo una metodologia di accoglienza che si basa sulla relazione tra donne. L'empowerment e l'autonomia della donna sono obiettivi strategici dei centri antiviolenza, per cui il percorso di uscita della violenza viene condiviso con la donna che lo intraprende. Così come strategica è la garanzia di anonimato e segretezza.

pubbliche, sia tra loro che con il privato sociale qualificato.

La prevenzione integrata, in quest'ottica, rappresenta la premessa e l'orizzonte entro cui risulta possibile contrastare la violenza e tutelare il diritto alla salute e ad una vita libera dalla violenza, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale e internazionale, in particolare dall'art.7 n.3 della Convenzione di Istanbul.

Si riconosce così la violenza di genere come un problema di salute pubblica e di tutela dei diritti umani che attraversa e coinvolge molteplici ambiti e settori.

Nel 2003, con la Legge Regionale n.2 per la promozione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, l'accoglienza di donne e minori vittime di violenza trova il suo ambito di realizzazione nella rete dei servizi integrati, a partire dai livelli comunali e distrettuali, includendo le case e i Centri Antiviolenza nei sistemi locali di programmazione sociale.

A seguire, la valorizzazione delle pratiche del lavoro in rete, quale metodo fondamentale per la messa in campo di strategie efficaci contro la violenza, che sono state poi formalizzate in numerosi protocolli interistituzionali, per lo più di livello provinciale e comunale, ha una sempre maggiore importanza nelle politiche regionali.

Obiettivo strategico per la regione Emilia-Romagna è la formazione delle figure professionali che accolgono donne vittime di violenza con corsi di formazione per i professionisti della rete: medici di pronto soccorso, ginecologi, infermieri, ostetriche, assistenti sociali, educatori, operatori del terzo settore e forze dell'ordine.

Pur non avendo ad oggi adottato una legge specifica sulla violenza di genere, l'Emilia-Romagna ha però già attiva una ricca rete di interventi integrati e partecipati, che trovano espressione e riconoscimento anche nel piano Socio-Sanitario 2008-2010, e nelle indicazioni attuative per il biennio 2013-2014, con particolare riguardo agli obiettivi di promozione sociale e iniziative formative che, nell'ambito degli "Obiettivi di benessere sociale", includono, al fine di contrastare la violenza, il sostegno ad iniziative formative, informative, di coordinamento e di scambio, oltre al monitoraggio e allo studio sistemico delle attività di accoglienza e di presa in carico, e nuovi progetti sperimentali per la prevenzione della violenza (punto 1, lett. g), n) allegato 2).

La Regione, con la stesura delle presenti Linee d'indirizzo, si è ulteriormente posta l'obiettivo di ottimizzare ed estendere idonee modalità di accoglienza e presa in cura delle donne vittime di violenza e/o maltrattamento, a partire dalle buone prassi già sperimentate da alcune realtà locali, promuovendo così la qualificazione delle competenze valutative e relazionali degli operatori.

A tal fine si è proceduto ad istituire, con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 10376/2011 e n. 731/2013, un gruppo di coordinamento composto da rappresentanti delle Aziende USL, degli Enti Locali e delle Associazioni dei centri anti-

violenza, col compito di elaborare congiuntamente le presenti linee a carattere regionale, dedicate all'accoglienza di donne e minori vittime di violenza oltre che al contrasto e alla violenza di genere e contro i minori.

La stesura delle Linee di Indirizzo ha potuto avvalersi di un sapere e di una prassi consolidata, promossa dalla Regione stessa sin dal 1997, e realizzata dai centri antiviolenza, consistente nell'elaborazione, nella raccolta e diffusione dei dati relativi alle donne che si sono rivolte ai centri antiviolenza medesimi, in linea anch'essi con gli obblighi sanciti dall'art.11 della Convenzione di Istanbul.

L'attualità di un lavoro continuativo di ricerca e di monitoraggio, da estendersi a tutti i soggetti coinvolti dalla applicazione delle Linee di Indirizzo, è resa evidente dalla consapevolezza che la conoscenza del fenomeno della violenza, anche negli aspetti più sommersi, quale la violenza intrafamiliare e nelle relazioni di intimità, è un presupposto fondamentale, tanto per le scelte operative dei professionisti, che per la definizioni delle politiche da parte dei decisori istituzionali.

Le Linee di Indirizzo, in coerenza con il nuovo Piano Regionale Sociale e Sanitario 2013-2014, che sottolinea il valore del contesto comunitario nel quale far crescere "condivisione", "integrazione", "miglioramento" delle procedure già utilizzate, oltre alle nuove da attivare, per aumentare la conoscenza, qualificare la formazione degli operatori, condividere e ottimizzare le modalità di accoglienza e di presa in carico delle vittime, *"riconfermando nel lavoro di rete la principale strategia di prevenzione e di contrasto della violenza di genere"*.

L'applicazione del Piano Regionale Sociale e Sanitario 2013-2014 e contestualmente la condivisione operativa delle Linee regionali di Indirizzo, pongono il tema urgente della certezza delle risorse da destinarsi al sistema di accoglienza e di presa in carico delle donne e dei minori. La prevenzione e il contrasto delle violenze di genere, per l'esperienza della Regione Emilia-Romagna, sono proprie politiche integrate di inclusione del sistema socio sanitario regionale, come già la legge regionale n. 2 del 2003 indicava.

Le case e i Centri antiviolenza regionali, che condividono una metodologia di accoglienza basata sul principio della valorizzazione e del rafforzamento del genere femminile e dell'autonomia delle donne, e che gestiscono l'accoglienza e l'ospitalità delle donne e dei loro bambini, con progetti di protezione ed empowerment, senza distinzione di nazionalità, religione, cultura, professione, orientamento sessuale, sono alleati fondamentali per il consolidamento del sistema socio sanitario, secondo criteri di appropriatezza e di qualità.

## 1. La violenza

Ogni anno, più di un milione di persone perde la vita, e un numero ancora superiore è vittima di lesioni non mortali, a seguito di atti di violenza auto-inflitta, interpersonale o collettiva.

Il carattere della violenza ha un impatto, caratteristiche e dimensioni del tutto diverse a seconda del genere di chi è vittimizzato, così come le tipologie della violenza cambiano a seconda del genere, della nazionalità o dell'orientamento sessuale di attori e vittime.

Una delle forme più comuni di violenza che colpisce le donne è infatti quella perpetrata dal marito o dal partner, mentre gli uomini sono solitamente attaccati da uno sconosciuto o da un conoscente, di sesso maschile e non appartenente alla sfera delle relazioni più strette.

La violenza da parte del partner si verifica in tutti i paesi, a prescindere dal gruppo sociale, economico, religioso o culturale.

Sebbene le donne possano essere violente nelle relazioni con gli uomini, e la violenza si ritrovi talvolta nelle relazioni con partner dello stesso sesso, è evidenza statistica che l'insopportabile carico della violenza all'interno della coppia è sostenuto dalle donne e causato da comportamenti maschili. Il fatto che le donne siano spesso affettivamente coinvolte ed economicamente dipendenti da coloro che ne abusano, presenta notevoli implicazioni sia per la dinamica dell'abuso sia per gli approcci nella gestione dello stesso.

## 1.2 La violenza di genere sulle donne

La violenza contro le donne è considerata dalla comunità internazionale una violazione dei diritti umani già dal 1993, anno in cui all'esito della II Conferenza mondiale sui diritti umani viene adottata la Dichiarazione di Vienna, che esplicitamente riconosce la violenza come una manifestazione delle relazioni di potere storicamente ineguali tra uomini e donne. Relazioni di potere asimmetriche che hanno portato nel corso dei secoli gli uomini alla dominazione e alla discriminazione delle donne, impedendone il pieno progresso sociale e culturale, oltre che il pieno godimento dei diritti.

La violenza contro le donne rappresenta, come riconosciuto dalle istituzioni internazionali a protezione dei diritti umani, una seria violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle donne e una forte minaccia o compromissione del loro pieno godimento. Essa si concretizza nell'uso e abuso di potere e controllo di donne e ragazze, tanto nella sfera pubblica che in quella privata ed è intrinsecamente connessa agli stereotipi di genere che fondano e perpetrano tale violenza, insieme ad altri fattori, come quelli economici e sociali, che possono acuire la vulnerabilità alla violenza.

La violenza di genere sulle donne, ai sensi della Convenzione di Istanbul, comprende tutti

gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica e/o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata. Essa comprende tutte le predette forme di violenza 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.

La Cedaw (Convezione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne) del 1979, ratificata dall'Italia nel 1985, impegna gli stati, a tutti i livelli, "ad adottare tutte le misure legislative e ogni altro mezzo adeguato, comprese, se necessario, le sanzioni tendenti a proibire ogni discriminazione nei confronti delle donne" (art. 2, par. b) e nel contempo riafferma l'eguaglianza tra uomini e donne in tutte le sfere della società e della famiglia, impegnando gli stati a porre in essere adeguate misure per rimuovere le cause sociali del persistere delle discriminazioni, nonché di tutti quegli stereotipi, pregiudizi e pratiche consuetudinarie che impediscono alla donna la piena eguaglianza rispetto all'uomo ed il pieno godimento dei diritti.

La Convenzione di Istanbul, all'art.5, oltre ad obbligare gli stati ad astenersi da qualsiasi atto che costituisca una violenza nei confronti delle donne e a garantire che ogni autorità e istituzione si comporti in conformità con tale obbligo, impone agli stati di adottare tutte le misure legislative e di altro tipo necessarie per esercitare la debita diligenza (due diligence) nel prevenire, indagare, punire i responsabili e risarcire le vittime di atti di violenza. Le organizzazioni femminili da tempo e in tutto il mondo hanno concentrato a lungo l'attenzione sulla violenza contro le donne e in particolare sulla violenza nelle relazioni di fiducia e di intimità, esercitate da partner o ex partner, grazie ai loro sforzi e al loro impegno politico, la violenza contro le donne è entrata nell'agenda politica ed è divenuta sia una questione di tutela dei diritti umani che un tema di salute pubblica.

## 13 Conseguenze e impatto della violenza di genere sulle donne

### 1.3.1 Sul benessere e sulla salute delle donne

Secondo i dati riportati dall'OMS, suffragati da una vasta letteratura scientifica, e dai rapporti delle organizzazioni internazionali che proteggono i diritti umani, la violenza contro le donne ha conseguenze sulla salute delle donne sia a breve che a lungo termine, inclusa la salute riproduttiva e sessuale.

La tabella che segue riporta le tipologie più diffuse di conseguenze dannose sulla salute delle donne, derivanti da maltrattamento da partner o ex partner e/o violenza sessuale.

Conseguenze della violenza da parte del partner sulla salute	Conseguenze della violenza sessuale (in età adulta o minore) sulla salute
<p><b>Fisiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesioni addominali</li> <li>Lividi e frustate</li> <li>Fratture</li> <li>Lacerazioni e abrasioni</li> <li>Disabilità</li> <li>Danni oculari</li> <li>Funzione fisica ridotta</li> <li>Fibromialgie</li> <li>Sindromi da dolore cronico</li> <li>Disturbi gastrointestinali</li> <li>Sindrome dell'intestino irritabile</li> </ul>	<p><b>Fisiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gravidanze indesiderate</li> <li>Complicazioni ginecologiche: sanguinamenti o infezioni vaginali, fibromi, minore desiderio sessuale, irritazione dell'area genitale, dolore durante il rapporto, dolore pelvico cronico e infezioni del tratto urinario, Infezioni da HIV e altre malattie a trasmissione sessuale</li> </ul>
<p><b>Sessuali e riproduttive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disturbi ginecologici</li> <li>Sterilità</li> <li>Malattia infiammatoria pelvica</li> <li>Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo</li> <li>Disfunzioni sessuali</li> <li>Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS</li> <li>Aborto in condizioni di rischio</li> <li>Gravidanze indesiderate</li> </ul>	<p><b>Psicologiche e comportamentali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Depressione</li> <li>Stati di ansia e/o attacchi di panico</li> <li>Disturbo post-traumatico da stress</li> <li>Difficoltà nel sonno</li> <li>Sintomi depressivi</li> <li>Disturbi somatici</li> <li>Fumo e problemi comportamentali</li> <li>Aggressività</li> <li>Suicidio</li> <li>Prostituzione</li> </ul>
<p><b>Psicologiche e comportamentali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stati d'ansia, sindromi fobiche legate a stress, attacchi di panico</li> <li>Disturbo post-traumatico da stress</li> <li>Sindrome di adattamento generale di Seyle</li> <li>Disturbi compulsivi-ossessivi e psicosomatici-alessitimia</li> <li>Disturbi dell'alimentazione e del sonno</li> <li>Sintomi somatici molteplici (gastrointestinale, da reazioni cutanee, ecc.)</li> <li>Disturbi dovuti all'uso di sostanze: tabacco, alcool, droga, psicofarmaci e problemi comportamentali</li> <li>Bassa autostima, paura, senso di vergogna e colpa</li> <li>Comportamenti sessuali non protetti</li> </ul>	
<p><b>Psicosociale e ambientale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perdita della rete amicale e parentale</li> <li>Assenza dal lavoro (50% astensione dal lavoro)</li> <li>Perdita del lavoro</li> <li>Isolamento</li> <li>Perdita dell'abitazione e del tenore di vita</li> <li>Capacità di gestione familiare ridotta</li> </ul>	
<p><b>Conseguenze mortali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mortalità legata all'AIDS</li> <li>Mortalità materna</li> <li>Omicidio</li> </ul>	
<p><b>La violenza durante la gravidanza si associa a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aborto spontaneo</li> <li>Ritardo nell'assistenza prenatale</li> <li>Nascita di un feto morto</li> <li>Travaglio e parto prematuro</li> <li>Lesioni fetali</li> <li>Basso peso alla nascita</li> </ul>	
<p><b>Conseguenze sui figli che assistono a scene di violenza domestica o che ne sono stati vittime in prima persona</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Problemi di salute e di comportamento (disturbi di peso, di alimentazione, del sonno ecc.)</li> <li>Difficoltà a scuola</li> <li>Difficoltà a sviluppare relazioni intime positive</li> <li>Tentativi di fuggire da casa</li> <li>Tendenze suicide</li> </ul>	

Secondo il rapporto OMS 2013<sup>2</sup>, le donne che subiscono violenza hanno il doppio della possibilità di quelle che non la subiscono di incorrere in depressione e hanno l'1.5% di possibilità in più di venire contagiate da HIV. Sono inoltre documentate da numerosi studi, conseguenze indirette della violenza, mediate dallo stress, che hanno ricadute sulla salute mentale e sulla capacità cognitiva della donna e danno origine a malattie cardiovascolari, ipertensione, disordini gastrointestinali, malattie croniche e diabete.

Oltre alle risposte di tipo biologico da parte di un fisico sottoposto a forte stress, la violenza può essere la causa, anch'essa documentata dal rapporto OMS, dell'abuso di alcol, farmaci, tabacco e altre droghe.

### **1.3.2. Sull'autonomia della donna**

La violenza subita da parte di partner o ex partner ha conseguenze sul piano della autonomia soggettiva della donna, essa può concretizzarsi in comportamenti controllanti da parte del partner o che limitano le interazioni sociali della donna, come l'impedire relazioni amicali o familiari, l'insistere per sapere dove la donna si trova in ogni momento, essere sospettoso o non credere alle sue parole, arrabbiarsi se lei parla con un altro uomo, pretendere che lei richieda il permesso per curarsi. Tali comportamenti controllanti, oltre a violare la libertà e i diritti fondamentali della donna, possono altresì cagionare danno alla salute della donna nel senso di limitarne le decisioni sulla propria vita sessuale e riproduttiva, sull'accesso al sistema sanitario ed alle cure mediche.

Anche i dati relativi alle donne accolte dai centri antiviolenza della Regione Emilia-Romagna, anno 2010, confermano per il territorio regionale le evidenze scientifiche sopra riportate: il 37% (937) delle donne accolte che subiscono violenza, afferma di sentirsi disperata o impotente; il 36% (912) soffre di perdita di autostima; il 21,1% (533) ha problemi di depressione. Vi sono poi conseguenze di carattere sociale della violenza, che influiscono anch'esse sull'autonomia della donna, come le limitazioni autoimposte per evitare le violenze, che vengono attuate tra il 22,8% (577) delle donne accolte; varie forme di isolamento sociale e familiare, sofferte dal 14,5% (368) di esse; assenze e/o perdita del lavoro dichiarato da circa il 6% (160) delle donne.

### **1.3.3 Sul benessere e sulla salute dei minori**

La violenza contro le donne ha conseguenze rilevanti anche sui figli delle vittime.

L'OMS nel rapporto del 2002<sup>3</sup> già rilevava che i bambini che assistono alla violenza tra genitori presentano un rischio più elevato per una moltitudine di problemi affettivi e comportamentali, tra cui ansia, depressione, scarsi risultati scolastici, basso livello di au-

2 Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, OMS - 2013. Violenza e salute nel mondo, OMS-2002.

3 Violenza e salute nel mondo, OMS -2002.

tostima, disobbedienza, incubi e disturbi fisici.

Secondo il rapporto OMS 2013, le donne che hanno subito violenza hanno il 16% di probabilità in più rispetto alle donne che non la subiscono di partorire figli prematuri o sottopeso, hanno due volte in più delle donne non maltrattate la possibilità di incorrere in aborti. Con riferimento al monitoraggio dei Centri antiviolenza dell'Emilia-Romagna, emerge come il 79% delle donne accolte nel 2012 ha figli/e in grande maggioranza minorenni. Spesso i figli assistono ai litigi domestici.

Le donne con figli/e che subiscono direttamente o indirettamente (cioè che assistono alle violenze dirette contro la madre) violenza accolte dai centri antiviolenza della Regione Emilia-Romagna sono state, nel 2012, 1533. Nello stesso anno, i figli/e in età minore che subiscono direttamente violenza fisica e/o psicologica e/o economica e/o sessuale sono risultati in totale 1.388, il 52% di tutti i figli/e delle donne accolte/ospitate.

I figli delle donne che subiscono violenza risultano spesso anche essere vittime collaterali dei femicidi: nel 2011 sono stati 8 i figli rimasti coinvolti in un femicidio, 2 nel 2012, mentre in molti casi erano presenti allorché l'uomo ha compiuto il delitto.

## **14 Violenza in gravidanza**

Particolarmente gravi, benché diffusi, sono i comportamenti violenti agiti dal partner durante la gravidanza della donna: nel mondo una donna su quattro è vittima di una forma di violenza in gravidanza; il 30% dei maltrattamenti contro le donne ha inizio durante la gestazione; in più del 90% dei casi il maltrattante è il partner o l'ex. Dopo l'incidente stradale, la violenza fisica rappresenta la seconda causa di traumi durante la gravidanza. Secondo la ricerca dell'Istat 2006 l'11,5% delle donne incinte ha subito qualche forma di violenza da parte del partner: per il 50,6% di queste la violenza durante la gestazione è rimasta uguale, mentre per il 16,6% è aumentata e per il 15% ha avuto inizio proprio in quel periodo.

Secondo il rapporto OMS 2013, le donne che hanno subito violenza hanno il 16% di probabilità in più rispetto alle donne che non la subiscono di partorire figli prematuri o sottopeso, hanno due volte in più delle donne non maltrattate la possibilità di incorrere in aborti. La Regione ha rilevato come nel proprio contesto territoriale il 12% delle donne in stato di gravidanza sia vittima di tale condizione [Quaderni Città Sicure n. 35 - Anno 2010]. Nel 2008 sono state 30 le donne in gravidanza, in carico alla rete Dafne di Rimini per percorsi di uscita dalla violenza; nel 2009 erano 25, nel 2010 i casi sono stati 19, mentre nel 2011 si è registrato un picco: 37 donne accolte (il 22% di quelle in carico), di cui il 40% è ricorsa ad una IVG. L'impatto della violenza in gravidanza nuoce pesantemente e contemporaneamente a due soggetti: la donna ed il bambino. E' alta la ripercussione della violenza in gravidanza sul progetto esistenziale della donna, che spesso necessita di essere rivisto ed

in breve tempo, con una portata luttuosa e traumatica sul piano psicologico. In Italia, la questione della violenza in gravidanza è stata rilevata e descritta solo di recente. I servizi territoriali ed i consultori familiari sono un osservatorio privilegiato per l'intercettazione della violenza in gravidanza<sup>4</sup>.

## 15 Femicidio

Per femicidio si intende, secondo la definizione di D.Russell, “la morte della donna (quale) esito/conseguenza di atteggiamenti o pratiche sociali misogine”. Il femicidio è l'uccisione di donne o bambine commessa da mano maschile, a causa della loro appartenenza al genere femminile.

In Italia, stando alle indagini condotte dalla Casa delle donne per non subire violenza di Bologna<sup>5</sup> sulla stampa, sono state 126 nel 2012, 130 nel 2011, 129 nel 2010, e complessivamente 908 dal 2005 le donne uccise in ragione del loro essere donne. Secondo quanto emerge dalle indagini, nel 60% dei casi registrati la donna aveva o aveva avuto una relazione di intimità con colui che l'ha uccisa. Nel 2006 il 63,4 % erano mariti o compagni, e il 10% ex; nel 2007 il 43,7% appartenevano alla prima categoria e il 14,2% alla seconda; nel 2008 i femicidi sono stati commessi nel 38,1% dei casi dal coniuge o convivente e nel 15,9% dall'ex, mentre nel 2009 il 54% degli uccisori era il partner e il 9% l'ex; nel 2010 l'autore nel 22% dei casi era il marito e nel 22,8% l'ex; nel 2011 il 48,3% dei delitti avvenuto per mano di mariti o ex è del 16,7%, nel 2012 il 28% degli autori era un partner e il 30% un ex. Nel corso degli anni varia il dato sullo stato della relazione, con una tendenza all'aumento dei casi in cui la coppia è separata, ma resta costante la premessa che tra uccisore e vittima vi fosse o vi fosse stato un legame di coppia. Diversamente, la percentuale di uomini che non avevano una relazione intima o di conoscenza con la vittima risulta contenuta, essendo al di sotto del 10% dei casi. Nel 2007 il 12,7%; nel 2008 il 10,6%; nel 2009 il 3%, nel 2010 il 4%, nel 2011 il 3,3%, erano persone estranee alla donna uccisa, mentre nel 2012 non sono stati reperiti casi in cui autore e vittima erano sconosciuti. Il dato afferente la nazionalità dell'autore è costante e ci dice che tra il 70% e l'80% dei femicidi negli ultimi anni sono stati commessi da uomini italiani, così come era di nazionalità italiana la vittima nel 70% dei casi. Per quanto concerne il luogo del delitto risulta che i femicidi, come la violenza maschile, si compiono nella grande maggioranza dei casi all'interno dell'abitazione o della donna o della coppia o dell'autore, insomma tra le mura domestiche, luoghi che nell'immaginario comune sono considerati protettivi e sicuri. Sono avvenuti in casa nel 2007 il 69% dei delitti, nel 70,8% nel 2008, nel 69% nel 2009, nel 70% nel 2010 nel 70,4%

<sup>4</sup> Ad oggi l'azienda Usl di Modena sta sperimentando uno strumento di screening da utilizzare in ambito consultoriale.

<sup>5</sup> Le indagini sono reperibili e scaricabili su [www.femicidiocasadonne.wordpress.com](http://www.femicidiocasadonne.wordpress.com)

nel 2011 e nel 2012 nel 63%. Dall'indagine sulla stampa emerge inoltre che un numero rilevante di autori di femicidio, dopo il delitto si suicida: si è trattato nel 2008 del 20,4% degli autori, nel 2009 del 24%, nel 2010 del 22%, nel 2011 del 20% e nel 2012 del 19%. Quanto all'area geografica in cui si verificano i femicidi, si registra una prevalenza del nord, con una percentuale del 48,3% nel 2011, seguito per lo stesso anno dal sud (25% dei casi), dal centro (17,5%) e dalle isole (9,1%); anche nel 2012 è il Nord, a registrare oltre il 50% dei casi di femicidio. La Regione Emilia-Romagna risulta particolarmente interessata dal fenomeno, avendo registrato 7 casi nel 2006, 10 nel 2007, 9 nel 2008, 12 nel 2009, 8 nel 2010, e 17 sia nel 2011 che nel 2012.

### **16 Costi della violenza**

Si distinguono, quali conseguenze della violenza maschile, costi diretti e indiretti che incidono in modo determinante nella spesa pubblica, anche se spesso non sono tenuti nella dovuta considerazione, per la difficoltà della loro quantificazione.

Tra i costi diretti rientrano le spese per l'assistenza psicologica e le cure mediche (pronto soccorso, ospedalizzazione, cure in clinica e ambulatorio, trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili), il costo dei servizi di polizia (risposta alle chiamate di pronto intervento e arresti), i costi gravanti sul sistema giudiziario (custodia, detenzione, istruzione dei processi), il costo dell'accoglienza e dell'ospitalità delle donne e dei bambini, la spesa per i servizi sociali (programmi di prevenzione, costi per la formazione del personale).

Sono costi indiretti della violenza maschile quelli che hanno una ricaduta indiretta sul sistema socio-sanitario (aumento degli stati patologici, delle dipendenze, della mortalità)

Si devono inoltre tenere presenti gli effetti di moltiplicazione economica generati dalla violenza maschile, come la riduzione della partecipazione delle donne al mondo del lavoro, della loro produttività e del loro reddito.

Vanno inoltre considerati, tra i costi della violenza, gli effetti di moltiplicazione sociale come l'impatto intergenerazionale della violenza sui bambini, l'erosione del capitale sociale, il peggioramento della qualità della vita e la riduzione della partecipazione delle donne alla vita democratica che l'essere vittima di una relazione violenta producono.

# Capitolo 2

## QUADRO NORMATIVO

Si elencano di seguito i principali riferimenti normativi e provvedimenti in materia di violenza contro le donne a livello internazionale, europeo, italiano e regionale, e altri provvedimenti della Regione Emilia-Romagna:

### 2.1 Provvedimenti delle istituzioni internazionali

- 1979 Cedaw (Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne)
- 1985 Conferenza mondiale dell'Onu sulle donne di Nairobi
- 1993 Conferenza delle Nazioni Unite sui diritti umani di Vienna
- 1994 IV Conferenza mondiale sulle donne-Pechino.
- 1995 OMS Prevenzione della violenza: una priorità della sanità pubblica.
- 1998 ONU Prevenzione del crimine e misure di giustizia penale per eliminare la violenza contro le donne.

### 2.2 Legislazione europea

- 1986 Risoluzione sulla violenza contro le donne.
- 1997 Consiglio d'Europa "Piano d'azione per combattere la violenza contro le donne".
- 1997 Risoluzione sulla necessità di una campagna di totale intransigenza nei confronti della violenza contro le donne.
- 1999 Nuova risoluzione sulla violenza contro le donne
- 2000 Consiglio d'Europa "Programma di azione comunitario per combattere la violenza sui bambini, i giovani e le donne".
- 2001 Consiglio d'Europa "Salvaguardia delle donne dalle violenze".

- 2005 Linee guida centri per il trattamento degli uomini violenti .
- 2009 Risoluzione del Parlamento europeo del 26 novembre 2009 sull'eliminazione della violenza contro le donne.
- 2011 Direttiva 2011/99/UE sugli ordini di protezione.
- 2011 Direttiva 2011/92 sull'abuso sessuale su minori.
- 2011 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, adottata ad Istanbul l'11 maggio 2011 e ratificata dall'Italia il 27 settembre 2012.

### 2.3 Normativa italiana

Codice penale:

art. 609-bis (Violenza sessuale)

art. 609-ter (Circostanze aggravanti)

art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne)

art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne)

art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa)

art. 609-septies (Querela di parte)

art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo)

art. 609-nonies (Pene accessorie ed altri effetti penali)

art. 609-decies (Comunicazione al tribunale per i minorenni)

art. 612 bis -(Atti persecutori)

- 1996 Legge 15 febbraio 1996, n. 66, "Norme contro la violenza sessuale".
- 2001 Legge 4 aprile 2001, n. 154, "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari".
- 2009 Decreto legge 23 febbraio 2009, n. 11, "Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori". Convertito in legge dalla L. 23 aprile 2009, n. 38.
- 2010 "Piano nazionale contro la violenza di genere e lo stalking".
- 2013 L. n. 77/2013, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, sottoscritta a Istanbul l'11 maggio 2011.
- 2013 Decreto Legge dell'8 agosto 2013 "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province".
- 2013 Protocollo ANCI - D.i.Re di collaborazione per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere.

## 2.4 Normative regionali

- *Abruzzo L.R. 20-10-2006 n. 31* “Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate”.
- *Basilicata L.R. 7-6-2011 n. 11* “Spazi di confronto al femminile di modifica ed integrazione alla legge regionale 26 novembre 1991, n. 27”; L.R. 18-12-2007 n. 26 “Istituzione osservatorio regionale sulla violenza di genere e sui minori”; L.R. 29-3-1999 n. 9” Istituzione di un fondo di solidarietà a favore di donne e minori di reati di violenza sessuale”.
- *Calabria L.R. 21-8-2007 n. 20* “Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri di antiviolenza e delle case di accoglienza per donne in difficoltà”.
- *Campania L.R. 11-2-2011 n. 2* “Misure di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere.” L.R. 23-2-2005 n. 11 “Istituzione di centri e case di accoglienza ed assistenza per le donne maltrattate”.
- *Friuli-Venezia Giulia L.R. 16-8-2000 n. 17* “Realizzazione di progetti antiviolenza e istituzione di centri per donne in difficoltà”; L.R. 8-4-2005 n. 7 “Interventi regionali per l’informazione, la prevenzione e la tutela delle lavoratrici e dei lavoratori dalle molestie morali e psico-fisiche nell’ambiente di lavoro.”
- *Lazio L.R. 14-5-2009 n. 16* “Norme per il sostegno di azioni di prevenzione e contrasto alla violenza alle donne”; L.R. 15-11-1993 n. 64 “Norme per l’istituzione di centri antiviolenza o case rifugio per donne maltrattate nella Regione Lazio.”
- *Liguria L.R. 21-3-2007 n. 12* “Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza.”
- *Lombardia, L.R. n. 11/2012*, Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza.
- *Marche L.R. 11-11-2008 n. 32* “Interventi contro la violenza sulle donne.”
- *Piemonte L.R. 29-5-2009 n. 16* “Istituzione di Centri antiviolenza con case rifugio.”; L.R. 17-3-2008 n. 11 “Istituzione di un fondo di solidarietà per il patrocinio legale alle donne vittime di violenza e maltrattamenti.”
- *Sardegna L.R. 7-8-2007 n. 8* “Norme per l’istituzione di centri antiviolenza e case di accoglienza per le donne vittime di violenza.”
- *Sicilia, L.R. n. 3/2012*, Norme per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere
- *Toscana L.R. 16-11-2007 n. 59* “Norme contro la violenza di genere.”
- *Trentino-A.A./Bolzano: Provincia autonoma L.P. 6-11-1989 n. 10* “Istituzione del servizio “Casa delle donne”.
- *Umbria L.R. 15-4-2009 n. 6* “Istituzione del Centro per le pari opportunità e attuazione

delle politiche di genere nella Regione Umbria.”

- *Valle d'aosta, L.R. n. 4/2013*, Interventi di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere e misure di sostegno alle donne vittime di violenza di genere.
- *Veneto, L.R. n. 5/2013*, Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne.

## 2.5 Normativa della regione Emilia-Romagna

Non essendo stati approvati provvedimenti organici sul tema, si segnalano:

L.R. 12-3-2003 n. 2: “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, art. 5 - Titolo II - Sistema integrato di interventi e servizi sociali - Capo I - Sistema locale dei servizi sociali a rete.

# Capitolo 3

## FENOMENOLOGIA DELLA VIOLENZA DI GENERE SULLE DONNE

### 3.1 Fenomenologia e tassonomia

La Dichiarazione conclusiva della Conferenza Mondiale sui Diritti Umani di Vienna nel 1993 afferma esplicitamente, per la prima volta nella storia, che “i diritti umani delle donne e delle bambine sono un’inalienabile, integrale e indivisibile parte dei diritti umani universali”.

Nello stesso anno la Declaration on the Elimination of Violence against Women, adottata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, definisce violenza di genere o contro le donne (Gender Violence or Violence Against Women): “...ogni atto di violenza fondato sul genere che comporti o possa comportare per la donna danno o sofferenza fisica, psicologica o sessuale, ivi compresa la minaccia di questi atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvengano nel corso della vita pubblica o privata. La violenza contro le donne è la manifestazione di una disparità storica nei rapporti di forza tra uomo e donna, che ha portato al dominio dell’uomo sulle donne e alla discriminazione contro di loro, ed ha impedito un vero progresso nella condizione delle donne ...”. L’OMS definisce la violenza come “l’uso intenzionale della forza fisica o del potere, o la minaccia di tale uso, rivolto contro se stessi, contro un’altra persona (...) che produca o sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni”.

La violenza del partner o ex partner, viene nominata in modi diversi, a volte come violenza domestica, altre come violenza coniugale o nelle relazioni di intimità (Partner or ex Partner Violence, Domestic Violence, or Intimate Partner Violence-IPV). Essa comprende le violenze esercitate da fidanzato, amante, marito o convivente, nei confronti di una donna all’interno di una relazione affettiva o di coppia.

Tali comportamenti comprendono:

- Atti di aggressione fisica: schiaffi, pugni, calci e percosse.
- Abuso psicologico: intimidazione, svalutazione e umiliazione costanti.
- Rapporti sessuali forzati e altre forme di coercizione sessuale.

- Diversi atteggiamenti di controllo: isolare una persona dalla sua famiglia d'origine e dagli amici, controllarne i movimenti e limitare le sue possibilità di accesso a informazioni o assistenza.

Quando la violenza viene ripetutamente perpetrata nell'ambito della stessa relazione, si parla di "maltrattamento". I traumi che ne derivano sono considerati dal DSM all'origine di una sindrome psichiatrica, caratterizzata da ansia, irritabilità, attacchi di panico, insonnia. I fenomeni considerati violenza contro le donne hanno natura diversa, e possono mutare e aumentare nel tempo. Tra queste attualmente consideriamo violenze nelle relazioni di intimità; le violenze sessuali dentro e fuori la famiglia; le molestie sessuali sul luogo di lavoro, a scuola, nello sport e nello spazio pubblico; i comportamenti persecutori (stalking); la prostituzione forzata e il traffico di esseri umani; le mutilazioni genitali; gli aborti selettivi e le sterilizzazioni forzate; l'abbandono e la mancanza di cure di bambine; i femicidi spesso ad opera di partner presenti o passati, o di familiari; i femicidi a causa d'onore o in relazione alle doti; le lesioni gravissime prodotte dal lancio di acido (cfr. A/61/122/Add., General Assembly, 61° Sessione, 2006).

Questa tavola elaborata da Watts e Zimmermam rappresenta una sintesi efficace delle diverse fenomenologie elaborate a livello internazionale, in una dimensione temporale che va dal concepimento alla morte e suddivisa sulla base degli autori delle diverse forme di violenza.

<b>altri autori</b>	Violenza organizzata o inflitta dagli stati (es. stupro in tempo di guerra)
	Prostituzione forzata, sfruttamento prostituzione
	Lancio di acido
	Stupro, sesso forzato, molestie da non partner (incluso abuso sessuale minori)
	Abuso di potere
<b>Membri della famiglia</b>	Crimini d'onore o in relazione alle doti
	Accesso al cibo e alle cure mediche
	violenza psicologica dai membri della famiglia
	Stupro, sesso forzato, molestie da membri della famiglia (incluso abuso sessuale minori)
	Violenza fisica dai membri della famiglia
	Mutilazioni genitali femminili
Violenza in gravidanza	

	Infanticidio di femmine
	Aborto selettivo di femmine
	Accesso al cibo e alle cure mediche
<b>Partner intimi</b>	Accesso al cibo e alle cure mediche
	Violenza in gravidanza
	violenza psicologica dal partner intimo
	Violenza fisica dall'attuale o ex partner
	Violenza sessuale dall'attuale o ex partner

**Fonte:** Watts e Zimmerman (2002) Violence and abuse against women over time

### 3.2 Il maltrattamento e il ciclo della violenza

Per gli operatori che lavorano con vittime di violenza è importante conoscere la complessa relazione che lega la donna e il partner. Vi sono varie teorie sul modo di manifestarsi della violenza. La psicologa americana Lenore Walker<sup>6</sup> ha elaborato la “Teoria del ciclo della violenza”. La violenza maschile in una relazione di intimità si manifesta in modo estremamente variabile da caso a caso, molte donne maltrattate affermano di essersi ritrovate coinvolte senza accorgersene: la disparità di potere, difficilmente riconoscibile perché consueta e culturalmente accettata, può degenerare in una relazione segnata da violenza. La violenza maschile diventa particolarmente grave quando l'aggressore sente che sta perdendo il controllo sulla relazione e non riesce a tollerare che la vittima si liberi dal suo dominio, per esempio quando la donna decide di separarsi. Le aggressioni tendono a continuare anche dopo la separazione. Anche se meno frequenti per le minori opportunità concrete, sono di solito più gravi e pericolose sia sul piano fisico che su quello psicologico. Di fatto la maggior parte degli omicidi si produce in circostanze di separazione e di rottura.

Anche se l'inizio della violenza è variabile, quello che appare più evidente è il carattere ciclico degli episodi violenti: una volta che è apparso un episodio di violenza, la cosa più probabile è che torni a ripetersi. La “Teoria del ciclo della violenza” individua tre fasi cicliche che descrivono il comportamento violento e di controllo del maltrattante:

**I Fase:** accumulo della tensione. In questa fase si verificano episodi di microconflittualità: aggressioni psicologiche, cambi repentini e imprevisi dello stato d'animo, incidenti “mi-

<sup>6</sup> Walker Lenore E. (1979) The Battered Woman. New York: Harper and Row.

nori” di maltrattamento verbale, atteggiamenti di controllo sempre più stretti. La donna cerca di calmare il partner, controllarne la rabbia ed evitare un’escalation di violenze: tende quindi a non reagire. Il maltrattante, di fronte all’ apparente accettazione passiva della donna, si convince che la violenza sia una forma efficace per ottenere ciò che lui vuole.

**II Fase:** esplosione. Quando la prima fase arriva al limite, di solito esplode il maltrattamento fisico, sessuale o psicologico grave. Questa fase si distingue dalla precedente per l’assenza di controllo negli atti da parte del maltrattante: si producono per la vittima i danni maggiori, che possono arrivare anche a causarne la morte. E’ a questo punto del ciclo che la donna può cercare delle strategie di difesa chiamando la polizia, andando all’ospedale o scappando. La durata di questa fase è solitamente breve: statisticamente da 2 a 24 ore.

**III Fase:** riconciliazione o luna di miele. In questa fase il maltrattante si pente e chiede perdono, promettendo che non accadrà mai più. Si comporta in modo affettuoso e romantico con la donna, arrivando a farle credere che sarà capace di controllarsi. A questa convinzione si affianca sempre anche quella che lei abbia “imparato la lezione”, per cui se lei non si comporterà più in “modo inadeguato” lui non si vedrà “obbligato a maltrattarla di nuovo”. L’aggressore di solito nega la propria responsabilità attribuendola a fattori esterni: i comportamenti provocatori della donna, lo stress, il lavoro, l’alcool o più raramente a difficoltà personali, rifiutando però qualsiasi possibilità di aiuto esterno. Questa fase causa difficoltà emotiva per la donna ad interrompere la relazione, è raro però che la calma duri molto: passato lo spavento, dalla fase della luna di miele si torna rapidamente alla fase dell’accumulo di tensione e si innesca nuovamente il ciclo. Gli episodi di violenza ad ogni ripetizione del ciclo sono più intensi e pericolosi. Mostrare comprensione o sottovalutazione nei confronti dei primi comportamenti violenti non ne diminuisce la frequenza, ma ne facilita l’incremento progressivo; è quindi importantissimo per gli operatori cercare di porre fine alla situazione di violenza immediatamente, perché con il passare del tempo aumenta il pericolo di morte per la vittima.

# Capitolo 4

## I DATI DI CONTESTO

Dal 1997 le case e i Centri anti violenza riuniti nel Coordinamento dei Centri anti violenza della Regione Emilia-Romagna, promuovono, con il supporto della Regione stessa, l'attività di raccolta attraverso uno strumento di rilevazione comune.

Nel corso del 2010 è stata realizzata la quarta rilevazione regionale dei dati dei Centri anti violenza.

Ogni anno essa è aggiornata con la pubblicazione in forma breve dei risultati relativi ad alcuni items<sup>7</sup>.

Come rilevato in premessa, i Centri anti violenza gestiti da Associazioni di donne sono luoghi predisposti, fin dagli inizi degli anni novanta, per accogliere le donne che hanno subito maltrattamenti e/o violenza con o senza i loro figli. L'azione di supporto si concretizza, nella maggioranza dei casi, attraverso l'accoglienza telefonica e/o diretta per le donne e l'ospitalità all'interno delle case rifugio sia per le donne che per i loro figli/e. Le donne possono accedere al Centro attraverso diversi livelli di accoglienza: dal contatto telefonico si può passare ad un primo incontro con le operatrici e procedere con il proprio percorso attraverso colloqui, ospitalità nella casa rifugio, partecipazione ai gruppi di auto-aiuto. La metodologia prevede che ogni azione (denunce, separazione, attivazione dei servizi, ecc.) venga intrapresa solo con il consenso della donna e che si lavori sempre per il suo vantaggio, in una modalità che consenta alla donna di parlare di sé, offrendole la possibilità di credere in se stessa, secondo i presupposti della protezione, riservatezza e del non giudizio da parte dell'operatrice.

Lo strumento di raccolta dati utilizzato è una scheda/questionario cartaceo compilata dalle operatrici, i dati vengono quindi informatizzati attraverso una maschera ad hoc realizzata con il programma Access in dotazione dal 2010.

Il monitoraggio dei dati di accoglienza ci consente di comprendere le dimensioni del fe-

---

<sup>7</sup> Il rapporto è pubblicato al seguente indirizzo: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/news/sempre-piu-donne-scelgono-la-liberta-e-affrontano-la-violenza?searchterm=monitoraggio+centri+antiviol>

nomeno della violenza di genere nella nostra regione, per quanto riguarda ovviamente il solo osservatorio delle donne che chiedono aiuto ai centri.

Le donne accolte che hanno subito violenza nel 2012 sono state 2818: l'incremento di casi è notevole se si guarda ai risultati delle precedenti indagini, svolte nel 1997 (1422 casi), nel 2000 (1119) e nel 2005 (1271), 2350 nel 2010. Il numero delle donne accolte che hanno subito violenza è più che raddoppiato rispetto al 2000 e quasi raddoppiato rispetto al 2005. Il numero delle donne straniere che hanno chiesto aiuto ai Centri antiviolenza regionali nel 2012 è rimasto perlopiù costante: 858 (36,5%) nel 2010; mentre le italiane accolte sono state 1492 (63,5%) e 756 (35,5%) nel 2012, mentre le italiane accolte nel 2012 sono state 1373 (64,5%).

Le donne accolte appartengono in maggioranza alle fasce centrali di età (64%). Nel 2010 il 45,7% (1125) delle donne accolte risulta coniugata; il 19,1% (471) convive con un partner; il 14,3% (352) è nubile; il 16,1% (396) è separata legalmente o di fatto; il 4% (99) è divorziata; lo 0,9% (21) vedova. Rispetto alle precedenti rilevazioni, nel 2010 aumenta il numero delle conviventi, mentre diminuisce quello delle nubili e delle coniugate. Il 56,8% (1313) ha un'occupazione; le casalinghe sono il 12,7% (294); le studentesse il 2,6% (59); le invalide l'1,6% (37). Fra coloro che hanno un lavoro, le donne con un contratto di lavoro a tempo indeterminato sono più della metà, il 53,5% (495); quelle con un contratto a termine o a progetto o a consulenza sono il 22,5% (208); una donna su 4 lavora in nero o in famiglia (senza formalizzazione), il 24,1% (223 donne). Anche nel 2010 le donne accolte con un reddito sufficiente al proprio mantenimento sono una netta minoranza: il 38,7% (821).

Fra gli autori di violenza prevale in modo deciso la figura del (ex)partner, una categoria all'interno della quale rientrano: coniuge, convivente fidanzato/amante ed ex. Nel 2010, in essa si concentra l'85,4% (2112) di tutti gli aggressori. Nello stesso anno i familiari e i parenti sono il 7,6% (189); gli amici e i conoscenti il 4,1% (101). Fra i conoscenti vi sono colleghi, datori di lavoro e professionisti come medici, ginecologi o psicoterapeuti. Gli sconosciuti sono l'1,9% (47). Il 70% (1756) delle donne accolte subisce violenza fisica; il 19% (478) subisce violenza sessuale, il 93% (2335) subisce violenze psicologiche; il 52,2% (1310) subisce violenze economiche. Anche nel 2010 come nelle due precedenti rilevazioni, aumentano le violenze che durano da 0 a 1 anno e da 2 a 5 anni, quindi i tempi di richiesta di aiuto delle donne accolte tendono a ridursi rispetto al passato. Rispetto alle precedenti rilevazioni, sono aumentate le donne che hanno preso contatto con la rete informale, con le forze dell'ordine, con un avvocato, con il pronto soccorso. Le donne che hanno avuto bisogno di ospitalità nel corso del 2012 sono state 255, le donne effettivamente ospitate 130. Aumentano le donne che hanno presentato una denuncia-querela a causa delle violenze subite: in tutto 590 (22,8%) [dati 2010]. Nel 2005 le donne che avevano presentato una denuncia/querela erano state 236, il 18,6% di tutte le donne accolte, nel 2000 154, pari al 13,8%.

L'ordine di protezione/allontanamento viene usato raramente: nel 2010 le donne che ne

hanno usufruito sono state complessivamente 79 (il 3%).

Per quanto riguarda i dati di accesso alle strutture sanitarie ad oggi non esistono dati omogenei a livello regionale: solo alcune Aziende Usl si sono dotate di strumenti di rilevazione in fase d'accesso.

Non si hanno invece dati nazionali o regionali relativi agli accessi ai Pronto Soccorso, cioè a causa di una mancata codifica dedicata nella scheda di triage, al riguardo alcune aziende hanno modificato, assumendo un ulteriore codice le loro schede d'accesso al Pronto Soccorso, fra queste le az.e di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Rimini, in questi casi è possibile avere una rilevazione d'accesso territoriale che non è però comparabile a livello regionale.



# Capitolo 5

## LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

Tra le diverse forme di violenza che pervadono il nostro contesto sociale, le linee regionali hanno come target di riferimento la violenza maschile contro le donne così come illustrata nei precedenti capitoli quale forma di violenza che trova nella relazione d'intimità e/o intrafamiliare l'ambito principale di espressione. Vi sono però altre forme di violenza che si esprimono nella relazione maschile/femminile e/o in una relazione d'intimità che non trovano in queste linee di indirizzo diretta occasione di approfondimento, fra queste la violenza nella relazione di cura, ad es. nella relazione anziano/badante. Così come ci sono aspetti specifici legati alla vita delle vittime quali ad es. la tossicodipendenza come esito di violenze subite, o la lettura delle violenze subite dalla donna in un approccio prospettico che porti anche all'analisi del trauma complesso, che rimandano a spazi appositi di approfondimento che non sono oggetto di questo documento.

Le presenti linee di indirizzo dettagliano ed evidenziano le azioni che devono essere prestate dai soggetti e dalle agenzie coinvolte ai diversi livelli di intervento nell'accoglienza e nella presa in carico di donne vittime di violenza.

Queste linee d'indirizzo regionali vogliono essere una cornice di riferimento per i soggetti che nel lavoro quotidiano intervengono a tutela e/o in aiuto di una donna vittima di violenza. Sono anche uno strumento per conoscere servizi e modalità di intervento degli altri partner della rete, definiscono le azioni e funzioni da attivare e gli specifici ambiti di responsabilità. Ulteriore finalità, sia del documento che dell'attività di confronto fra professionisti di diversa cultura che si è realizzata per produrre le linee in oggetto, è la promozione di un approccio culturale più ampio e completo ai temi della violenza di genere; intendendo in questo senso di rilievo territoriale non solo l'organizzazione di una rete di accoglienza dedicata, ma anche e soprattutto la realizzazione, in forma integrata, di attività e azioni per prevenire, culturalmente e socialmente le cause della violenza contro le donne.

Poiché da anni è attivo in regione un lavoro di rete, e molti sono i protocolli e gli accordi già in essere, nel caso in cui aziende, servizi e centri dispongano già di protocolli in uso, questi andranno armonizzati alle presenti linee regionali; prevarranno invece i protocolli locali qualora prevedano standard di accoglienza e/o presa in carico più elevati rispetto a quelli previsti dalle linee regionali.

## **5.1 Realizzazione degli obiettivi delle linee di indirizzo e organizzazione territoriale**

L'attuazione delle funzioni di cui alle presenti linee d'indirizzo, da realizzarsi coerentemente con il quadro normativo regionale e con particolare riguardo alla L.R. 2/2003 e alle recenti L.R. 21/2012 e L.R. 12/2013, è affidata alla redazione di un documento a cura delle Conferenze Territoriali Sociali Sanitarie (CTSS).

Tali linee di indirizzo territoriali, saranno poi oggetto di Piani operativi distrettuali e di ambito integrati fra territorio e ospedale.

La Regione Emilia-Romagna eserciterà un ruolo attivo di sollecitazione delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie per la stesura del documento in tempi compatibili con la predisposizione delle pianificazioni di ambito distrettuale.

Nel documento si provvederà a definire, laddove sia accertata una violenza quali servizi e operatori siano i punti di riferimento della rete per l'accoglienza e per la presa in carico, le attività da mettere in campo da parte di ciascuna agenzia, nonché le relative responsabilità, eventualmente distinguendo i percorsi da seguire in presenza o meno di una situazione di emergenza, oltre a quali azioni e attività si intenda mettere in essere per realizzare azioni di prevenzione.

Nel documento territoriale si dovranno articolare in forma specifica i due diversi ambiti di intervento relativi alle 2 fasi:

- 1) l'accesso e l'accoglienza che prevedono gli elementi conoscitivi e i servizi da fornire nel primo contatto con la vittima di violenza, oltre ad una prima valutazione dello stato di emergenza e sicurezza;
- 2) la presa in carico che coincide con l'avvio della progettazione del percorso di messa in sicurezza e di autonomia della donna.

### **5.1.1 Accordi, protocolli e reti**

La nostra regione promuove da tempo la creazione di reti territoriali realizzate dai soggetti pubblici e privati, per l'accoglienza delle donne vittime di violenza, oltre che la creazione di specifici accordi territoriali, utili a condividere i punti di accesso alla rete dei servizi e le modalità di raccordo operativo per prevenire e contrastare la violenza maschile e proteggere e sostenere le vittime<sup>8</sup>. Gli accordi ad oggi in essere andranno armonizzati

<sup>8</sup> Si veda il n. 1 di Materiali di Città Sicure. La sicurezza delle donne, Febbraio 2011, a cura del Servizio politiche per la sicurezza e la polizia locale della Regione Emilia-Romagna.

con le presenti linee guida.

Si riconosce nel lavoro in rete la strategia fondamentale per contrastare la violenza e per offrire migliori standard di servizi alle vittime, evitando grazie all'attivazione della rete dispersioni di energie e risorse ed eliminando confusioni e rallentamenti.

Fanno parte della rete tutte le risorse presenti sul territorio: istituzionali, dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari (consultori familiari, pronti soccorso, U.O. ospedaliera e territoriali di ostetricia e ginecologia, centri per le famiglie, sportelli sociali, centri stranieri, medici, pediatri e altri soggetti ancora) e del terzo settore, con particolare riguardo alle associazioni di donne che gestiscono la rete regionale dei centri antiviolenza. Case e centri nella nostra realtà territoriale hanno negli anni sviluppato una significativa competenza specifica negli ambiti dell'accoglienza, dei percorsi di uscita dalla violenza e della prevenzione, lavorando in un'ottica di genere ed offrendo quindi alle donne servizi specifici e dedicati, ciò da conto anche della complessiva ricchezza generata in un sistema dei servizi integrato tra pubblico e terzo settore qualificato.

Nella definizione della rete territoriale richiesta dalle linee d'indirizzo è importante il riconoscimento reciproco dei diversi ruoli e delle competenze specifiche tra i vari nodi dei servizi e settori che la compongono, in particolare tra i servizi socio-sanitari e i Centri o Case antiviolenza che sono i soggetti maggiormente coinvolti.

Le linee di indirizzo si concentrano sulla mappatura e sulla declinazione dell'agire e delle prassi territoriali e aziendali; la rappresentazione di una rete di contatto ampia che rappresenti anche l'attività dei centri antiviolenza, è un vantaggio per le donne. I piani territoriali prendono atto della specificità dell'offerta dei Centri antiviolenza e promuovono il maggior numero di sinergie e collaborazioni per realizzare un sistema integrato fra servizi e terzo settore qualificato, definiscono le competenze, le azioni e le risorse economiche a ciò dedicate.

Qualora oltre alla donna siano coinvolti figli/figlie è necessaria l'attivazione dei servizi di tutela del minore (vedi le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini adolescenti vittime di maltrattamento/abuso); al riguardo si evidenzia che tra i fattori di rischio per la salute e il benessere del minore rientra anche la violenza condivisa (vedi le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini adolescenti vittime di maltrattamento/abuso) e si sottolinea l'importanza dell'accompagnamento della donna nell'avvicinarsi con fiducia ai servizi di tutela minori, al fine di sostenerla ed attivare adeguati progetti di aiuto.

Altrettanto rilevante, qualora ci siano donne con storie di abuso di sostanze (alcool o altro), o depressione, è il coinvolgimento dei CSM e dei Sert, per la frequente correlazione fra violenza domestica e abuso di sostanze, depressione ecc. Si raccomanda inoltre che questi servizi specifici realizzino le necessarie modifiche delle prassi diagnostico-terapeutiche, al fine di inserire nella raccolta anamnestica domande sulla storia di violenza

Per i professionisti maggiormente coinvolti in tale processo: CSM, Sert, Medici di Medicina Generale, è indispensabile una formazione sulle conseguenze della violenza per la salute e il benessere della donna.

Per un efficace funzionamento della rete di protezione contro la violenza alle donne, è necessario operare in stretta sinergia con le forze dell'ordine e la magistratura; a tal fine, strumenti importanti sono i protocolli condivisi e concordati a livello provinciale e/o l'allargamento dei propri Accordi e piani a Prefettura, Magistratura e Forze dell'ordine.

### **5.1.2 Integrazione fra servizi specialistici**

Nel riconoscimento reciproco delle competenze di ciascun servizio, qualora la donna si stia riferendo ad un servizio specialistico (ad es. Sert o Salute mentale) e la violenza emerga nella storia personale anche in riferimento al trauma subito, è necessario far riferimento ai punti dedicati della rete per l'accoglienza e la presa in carico di donne che subiscono violenza. Al fine di agevolare il riconoscimento e incrementare la consapevolezza sulle situazioni di violenza e abuso, è necessario attivare percorsi di sensibilizzazione e formazione professionale anche per gli operatori/operatrici dei servizi specialistici.

Per agevolare la conoscenza della rete dedicata al contrasto alla violenza di genere è utile creare un materiale di contatto (brochure, volantini anche multilingue) che sia anche strumento di prevenzione.<sup>9</sup>

## **5.2 L'accesso e l'accoglienza**

Sono definite nel presente documento linee di indirizzo per l'accesso e l'accoglienza, allo scopo di offrire alla vittima di violenza, al momento del primo contatto con i servizi e/o gli operatori o le operatrici della rete, degli ambienti e degli standards di risposta adeguati, condivisi e garantiti in tutto il territorio regionale.

Una risposta competente e tempestiva ha lo scopo di evitare alla vittima di violenza passaggi ridondanti e inutili a professionisti e reparti non appropriati e ha altresì il fine di prevenire la cronicizzazione della storia di maltrattamento, anche a causa di un'accoglienza inadeguata.

Si definiscono quali porte di ascolto informali i soggetti istituzionali e non, non dedicati all'accesso diretto ai servizi ma facenti parte della rete di vita relazionale della donna, fra questi: scuola, servizi educativi, associazioni, parrocchia, commercio di vicinato.

Si definiscono soggetti e possibili porte d'accesso per l'accoglienza i soggetti dal cui contatto conseguono azioni pertinenti alla presa in carico del problema portato:

---

<sup>9</sup> Fra le buone prassi in questo ambito l'esperienza di Piacenza con le vittime di tortura, per le quali è attivo un nucleo di coordinamento multidisciplinare in cui ogni operatore delle differenti porte d'accesso si incontra con gli altri specialisti per elaborare l'invio più opportuno per la donna e dove si pratica una formazione professionale congiunta.

- Pronto soccorsi;
- Forze dell'ordine;
- Servizio Sociale;
- Consulitori (anche declinati come spazi giovani, spazi donne immigrate);
- Altri servizi sociali e sanitari con accesso diretto;
- Case e Centri anti violenza;
- Servizi di cure primarie;

Va sempre considerata la possibilità che la donna si presenti ad un servizio non dedicato, pubblico o privato, di cui ha fiducia per esperienze precedenti, in questo caso l'operatore deve comunque accogliere il bisogno portato e indirizzare al punto di rete dedicato.

A tal fine è opportuno che anche operatori/operatrici dei servizi non dedicati ricevano una formazione professionale sui punti della rete di supporto alle donne vittime di violenza, nel rispetto e nel riconoscimento delle diverse competenze e finalità.

E' inoltre molto importante che i soggetti della rete dedicati all'accoglienza e alla prevenzione abbiano contatti e ambiti di collaborazione con i soggetti del terzo settore che essendo attivi nel tessuto sociale comunitario possono entrare in contatto con donne vittime di violenza che hanno scarsa conoscenza della rete di servizi.

### **5.2.1 L'organizzazione dell'accoglienza della donna vittima di violenza**

Ogni territorio deve definire, identificare e rendere note le proprie porte d'accesso e le modalità di attivazione e contatto della rete di accoglienza delle donne vittime di violenza. Ampia informazione sulla attività specifica dei diversi nodi della rete va garantita alla cittadinanza (scuole, URP, biblioteche ecc.) ed agli altri punti della rete, affinché si diffondano le modalità di accesso ed accoglienza specifica e siano comunicati i successivi aggiornamenti. E' inoltre da individuare a livello territoriale un'equipe dei professionisti referenti dei soggetti componenti la rete per l'accoglienza di vittime di violenza di genere (per es. tavoli tecnici e interistituzionali) a cui è affidata una buona tenuta del sistema di accoglienza attraverso una costante attività di "manutenzione" (controllo riferimenti, procedure ecc.), formazione e condivisione delle procedure anche per i nuovi operatori della rete e dei suoi professionisti/e. All'interno della rete dei servizi per l'accoglienza vanno creati accordi per l'accoglienza, anche residenziale, in emergenza, nelle giornate festive e nelle ore notturne<sup>10</sup>.

### **5.2.2 Azioni e funzioni specifiche dell'attività di accoglienza**

L'accoglienza della donna vittima di violenza richiede che vengano definite e condivise procedure specifiche di contatto e di accesso alla rete dedicata all'accoglienza, anche

<sup>10</sup> Fra le prassi di riferimento sono: le esperienze del Priss a Bologna, la Procedura di Reggio Emilia promossa da Nondasola e Usl, Emergenza festiva/domenicale di Ferrara.

se può capitare che in una fase di prima accoglienza l'operatore/operatrice, specie se qualificato/a possa trovarsi a gestire un primo colloquio, indipendentemente dal punto di rete in cui opera. Ne consegue quindi il bisogno di condividere fra i componenti della rete momenti di formazione a ciò dedicati.

Si deve garantire alla donna un primo colloquio di accoglienza che risponda a specifici standard organizzativi e qualitativi, quali:

- la disponibilità di uno spazio protetto (stanza o box) dove far accomodare la donna in assenza di altre persone, in modo da garantirle la necessaria riservatezza;
- la necessità che chi accompagna la donna non interferisca in alcun modo con la sua libertà d'espressione e che quindi l'accompagnatore resti negli spazi d'attesa (in alcuni casi la vittima è accompagnata dal suo aggressore);
- una buona comunicazione e l'uso di un linguaggio semplice e comprensibile;
- l'attivazione di un ascolto e di un approccio non giudicante ed empatico. E' fondamentale la consapevolezza da parte dei professionisti coinvolti della delicatezza di questo momento, anche per provare a stabilire fin da subito con la donna un rapporto basato sulla fiducia, che favorisca l'eventuale passaggio alla fase successiva di presa in carico; per fare ciò è importante la presentazione e l'esplicitazione delle funzioni e delle competenze del/della professionista e del servizio e l'anticipazione alla donna degli interventi che si possono e devono realizzare e delle loro motivazioni;
- la protezione della privacy della donna;
- l'attivazione, ove necessario per donne straniere di mediatori/mediatrici culturali o linguistici.

Il primo colloquio di accoglienza dovrà mirare a:

- rilevare, anche con l'uso di domande e indicatori specifici nel caso gli operatori/operatrici siano stati adeguatamente formati, la violenza subita e i rischi immediati, nonché un'eventuale situazione di limitazione della libertà personale, cui la donna può essere sottoposta;
- una prima ricognizione e valutazione delle risorse proprie, delle reti amicali e parentali della donna e/o delle risorse istituzionali per lei immediatamente protettive (accordi territoriali per l'accoglienza residenziale in emergenza) nel caso in cui la donna chieda un'ospitalità immediata;
- la verifica della presenza di minori e il contatto col Servizio minori, informando la donna sui propri obblighi di legge;
- dare informazioni chiare e corrette sulle Case o i Centri anti violenza quali punti della rete specifici dedicati alla cura, alla presa in carico e alla messa in sicurezza e sui punti della rete socio assistenziale dedicati alle donne vittime di violenza (materiale informativo, anche in riferimento alla rete dei servizi dedicati all'uscita dalla tratta), ed eventualmen-

te accompagnarla nel contatto con il centro o servizio, a tal fine è utile aver già realizzato incontri specifici fra i soggetti di rete per concordare le migliori prassi operative;

- l'avvio, laddove la donna lo desideri, di procedure per aiutarla ad entrare in contatto con i servizi di cui necessita;
- l'accertamento della volontarietà della donna con particolare riferimento all'avvio di successive fasi di accoglienza residenziale;
- l'informazione in merito alla possibilità e ai tempi per sporgere denuncia o querela.
- la messa in contatto, eventualmente per tramite dell'operatore/operatrice, con la Questura o i Carabinieri

### **5.2.3 Modalità di invio ai soggetti della presa in carico**

Dopo l'accoglienza e la presentazione delle risorse del territorio effettuata dall'operatore/operatrice, con particolare attenzione alla specifica funzione dei centri antiviolenza, è la donna che volontariamente decide a chi rivolgersi per esplicitare la domanda di aiuto e realizzare poi una presa in carico specifica sulla violenza di genere e se seguire un progetto di vita per uscire dalla condizione di vittima di violenza.

In ogni caso l'operatore/operatrice deve dare comunque un'informazione completa sulla rete dei servizi di accoglienza del territorio utile alla donna anche in momenti futuri e facilitarla nell'accesso ai servizi specifici dedicati.

In relazione agli obblighi di legge previsti per gli operatori/operatrici sanitari/e (es. obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria in caso di prognosi superiore ai 20 gg o se connesso ad altro reato perseguibile d'ufficio o in presenza di minori), si raccomanda che essi siano opportunamente formati sulle connessioni fra prognosi e obblighi di legge, per aumentare la consapevolezza professionale al fine di attivare interventi più appropriati.

### **5.2.4. L'accesso e l'accoglienza in casi specifici**

Vi possono essere situazioni o momenti di particolare delicatezza nell'accoglienza della vittima di violenza, che possono richiedere l'attivazione di specifiche procedure e risorse, da concordarsi a livello territoriale, come ad esempio per quanto riguarda l'accoglienza in caso di tratta, di tortura o allorché la vittima sia in gravidanza.

Una procedura a se stante deve essere concordata in caso di violenza sessuale.

La procedura specifica serve innanzitutto ad evitare che la donna abbia più colloqui, ad es. prima al pronto soccorso e poi al servizio specifico di ginecologia. Si deve poi prevedere la predisposizione di spazi appositi e protetti anche nei pronto soccorso ostetrici con personale appositamente formato in tema di violenza e laddove possibile si deve consentire che non sia la donna ad essere spostata negli ambulatori specialistici ma siano i professionisti a raggiungerla. Nel caso il personale appositamente formato non sia pre-

sente nei turni si deve prevedere la reperibilità di una ginecologa e di un medico legale. La procedura deve indicare in modo preciso i passaggi da seguire per la stesura del referto in quanto strumento fondamentale per l'avvio del percorso legale. Allo stesso modo essa deve prevedere la codifica della repertazione ovvero della raccolta del materiale biologico. E' indispensabile che essa preveda la creazione di un'equipe dedicata ai casi di violenza sessuale. La procedura deve altresì consentire che l'accettazione della donna sia effettuata anche in anonimato, se richiesto<sup>11</sup>.

### 5.3 La presa in carico

Sono requisiti minimi dell'attività di presa in carico:

- una prima e immediata valutazione della presenza di una situazione di emergenza o non emergenza;
- l'identificazione di un/una responsabile del caso che abbia la titolarità ad attivare le risorse necessarie alla realizzazione del progetto relativo alla presa in carico;
- la condivisione e la stesura di un progetto individuale costruito con la donna, nel quale sono individuati gli interventi più appropriati ai suoi bisogni;
- l'esecuzione degli interventi, anche sulla base di appositi accordi con gli altri soggetti/ servizi della rete;
- la verifica periodica del progetto individuale;
- la chiusura del progetto

La presa in carico della donna vittima di violenza ha come obiettivo l'attivazione delle risorse proprie della donna stessa, al fine di consentirle un efficace percorso di fuoriuscita dalla violenza. Presupposti per una buona attività di presa in carico di una vittima di violenza sono la formazione e l'aggiornamento degli operatori e delle operatrici al fine di fornire loro un'adeguata conoscenza del fenomeno (epidemiologia e dinamiche della violenza, impatto della violenza sulla salute e sul benessere della donna, capacità di relazione fondata sull'ascolto e l'accoglienza, conoscenza delle criticità e delle risorse territoriali e capacità di utilizzare la rete in modo pro-attivo).

La presa in carico può essere sociale o socio-sanitaria, a tal fine risulta importante il funzionamento della rete, per garantire la realizzazione di una presa in carico integrata.

#### 5.3.1 L'organizzazione della presa in carico rispetto alla violenza

Vista la L.R.2/2003, art.5 n.4,lett. f) e g) e art.15 n.2 e n.3, la costruzione della rete per l'accoglienza delle donne e dei minori vittime di violenza è in capo ai Comuni, i quali si

<sup>11</sup> Buona prassi in PS di Reggio Emilia accettazione con un codice fiscale fittizio, luogo di nascita non conosciuto.

possono dotare anche di apposite convenzioni con le case e i centri anti violenza per realizzare tali funzioni. In tal caso la figura del/della responsabile della presa in carico può essere definita all'interno della convenzione che regola i rapporti tra comune e casa o centro anti violenza, al fine della realizzazione di ambiti di corresponsabilità sociale e di un miglior funzionamento della rete.

Ogni territorio deve organizzare la propria rete, all'interno dei Piani distrettuali per la salute e il benessere e in accordo con gli orientamenti del documento di indirizzo delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie al fine di definire e ottimizzare le risorse e i percorsi per garantire una presa in carico appropriata e professionale.

Ciascun territorio definisce le responsabilità e le risorse specifiche dei soggetti che compongono la rete funzionali alla presa in carico, e alla realizzazione del progetto di uscita dalla violenza.

Qualora le aziende, i servizi e i centri abbiano ulteriori protocolli, questi prevarranno qualora prevedano standard di presa in carico più elevati.

### 5.3.2 Azioni e funzioni specifiche dell'attività di presa in carico

L'attività di presa in carico si differenzia in due percorsi, a seconda che:

- 1) sia riscontrata una situazione di emergenza dai servizi e/o da qualsiasi punto di contatto della rete;
- 2) la donna si rivolga ai servizi in qualsiasi punto della rete in non emergenza.

- Nel casi di cui al punto 1) la funzione prima del percorso in emergenza è l'immediata realizzazione della protezione e messa in sicurezza della donna nel breve e medio termine. Spesso l'ambito dell'emergenza è segnato dall'accesso al Pronto Soccorso. Devono considerarsi quali principali indicatori della situazione di emergenza:
  - a) il riscontro di un danno fisico sulla donna;
  - b) la situazione di solitudine, isolamento e controllo della donna;
  - c) il livello di pericolosità della situazione e la sua percezione soggettiva di rischio;
 Spesso la situazione di emergenza è aggravata dall'emergenza abitativa o sociale.

- Risolta la situazione di emergenza, o nel caso di cui al punto 2), si avvia il percorso ordinario di presa in carico.

La funzione della presa in carico ordinaria ha avvio con la valutazione della complessità del bisogno della donna, della disponibilità dell'offerta di soluzioni e servizi, a partire dalla situazione della donna e dalle risorse che ha a disposizione, che vengono declinate all'interno del progetto per l'uscita dalla violenza.

### **5.3.3 Valutazione del rischio di recidiva**

Come già rilevato nella fase di presa in carico è molto importante dedicare spazio a una valutazione del rischio della vittima di essere nuovamente oggetto di violenza. Esistono diverse metodiche per la valutazione del rischio di recidiva della violenza, alcune sono focalizzate sull'autore, altre sulla vittima. Ad oggi non sono ancora molti gli operatori e le operatrici formati/e in tal senso, ogni territorio dovrà quindi definire percorsi formativi a ciò dedicati, principalmente per gli operatori/operatrici della presa in carico in alcuni casi anche per l'accoglienza.

#### **Valutazione del rischio sull'autore:**

La più utilizzata in Italia è la procedura SARA (Spousal Assault Risk Assessment) e serve a valutare se e quanto un uomo che ha agito violenza nei confronti della propria partner (moglie, fidanzata, convivente) o ex-partner è a rischio nel breve o nel lungo termine di usare nuovamente violenza. Tale valutazione di pericolosità è effettuata con riferimento a 10 fattori (+5 fattori di vulnerabilità della vittima). Si tratta di una valutazione soggettiva che però tiene conto di fattori oggettivi che numerose ricerche hanno visto essere correlati alla violenza domestica. Essa è stata messa a punto con particolare riferimento al sistema della giustizia penale, ma può essere utilizzata anche in sede civile, soprattutto nei casi di separazione e divorzio. La valutazione del rischio fatta con la procedura SARA ha varie utilità e si applica in differenti ambiti sia prima del processo, nella fase delle indagini, allorché è importante capire se il presunto autore del reato può costituire un pericolo per la presunta vittima o autore o per i figli e quindi per la richiesta qualche misura restrittiva della sua libertà.

#### **Valutazione del rischio sulla vittima:**

Mentre si raccolgono i dati nel primo contatto, così come nell'anamnesi, è importante oltre all'ascolto attivo l'inserimento di domande di screening, strumenti da condividersi in ambito di rete.

### **5.4 Raccolta dati e strumenti di monitoraggio e valutazione**

Ad oggi sono pochi i dati omogenei sul territorio regionale relativi alle donne vittime di violenza, così come non sempre i singoli territori si sono dotati di propri strumenti per monitorare i percorsi delle donne con cui si sono realizzati progetti per l'uscita dalla violenza. Si deve passare dalle singole rilevazioni territoriali ad un monitoraggio più ampio di livello regionale che permetta di analizzare il fenomeno della violenza di genere nei suoi diversi aspetti, le modalità di accesso ai servizi, i tempi di presa in carico, i bisogni portati, le risorse disponibili; il che comporta un percorso di allineamento ed ottimizza-

zione degli strumenti ad oggi in uso. La regione avvierà a tal fine un gruppo di lavoro che confronterà i materiali e gli strumenti ad oggi in uso, quali ad es. la scheda socio-sanitaria, la scheda di triage all'accesso di Pronto Soccorso così come le schede di dimissione. Questo obiettivo è fondamentale per offrire elementi conoscitivi ai decisori nei momenti delle scelte strategiche<sup>12</sup>.

### 5.5 Formazione professionale

Come già evidenziato in più parti delle linee di indirizzo, la formazione è un asse essenziale per creare una buona rete di servizi, operatori qualificati e per migliorare le prestazioni rese alle donne vittime di violenza. Presupposti per una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di valutazione del rischio o di prevenzione sono la formazione professionale e l'aggiornamento degli operatori e delle operatrici, al fine di fornire loro un'adeguata conoscenza di base del fenomeno in merito:

- all'epidemiologia e dinamiche della violenza da parte di partner o ex partner;
- alle conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere della donna e dei suoi figli;
- alla costruzione di una relazione fondata sulla capacità di ascolto e accoglienza;
- alla conoscenza delle criticità e delle risorse territoriali e l'attivazione della rete in modo pro-attivo;
- alla lettura della valutazione del rischio di recidiva;
- alla costruzione di un sapere comune su cui promuovere confronto e crescita professionale.

A tal fine Regione e soggetti pubblici dovranno promuovere e garantire una regolare attività di formazione per gli operatori e operatrici, avvalendosi delle competenze specifiche e operative maturate negli anni anche a partire dal proprio territorio.

### 5.6 Attività di ricerca

La Regione ad oggi ha sostenuto e promosso diverse esperienze dedicate ad una maggior conoscenza della violenza e alla sua prevenzione, fra cui il monitoraggio dati di accoglienza delle case e centri antiviolenza, la ricerca sugli uomini che agiscono violenza condotta da prof. Marco Deriu con l'az.usl di Modena, la ricerca realizzata nel 2009 dalla Società Lenove sugli *"Strumenti di contrasto alla violenza di genere"*, la Ricerca-azione *"Stereotipi di genere, relazioni educative e infanzie"* realizzata in collaborazione con il Centro di studi sul genere e l'educazione (CSGE) del Dipartimento di Scienze dell'Educa-

<sup>12</sup> Buone prassi: modifica delle schede d'accesso al Pronto Soccorso az. Di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Rimini.

zione “Giovanni Maria Bertin” dell’Università di Bologna, le ricerche promosse dal Servizio Politiche per la sicurezza e della polizia locale reperibili nelle pubblicazioni “Quaderni di città sicure” e “Materiali di città sicure”<sup>13</sup>, l’attenzione al tema da sempre prestato nelle varie edizioni del documento “Le donne in Emilia-Romagna”, realizzato dal Servizio Controllo Strategico e Statistico).

Tali ricerche e l’analisi dei dati disponibili hanno purtroppo confermato la gravità del fenomeno e l’idea che esso possa essere connesso alla maggiore emancipazione, indipendenza e autonomia di cui le donne sono state protagoniste negli ultimi 40 anni. Ciò potrebbe essere una delle spiegazioni anche delle dimensioni del fenomeno nella nostra Regione: in una società in cui il ruolo delle donne è fortemente mutato, la violenza contro le donne potrebbe avere alle basi il conflitto tra i generi e la difficoltà per gli uomini di accettare queste trasformazioni, adattando i propri modelli culturali ed elaborando una cultura di parità e rispetto verso le donne.

Sul presupposto che sia quindi necessario un mutamento culturale a partire dalle giovani generazioni, la Regione (in particolare l’Assessorato alle pari opportunità, con la collaborazione di altri Assessorati e altri soggetti istituzionali) è da tempo impegnata nella diffusione di una cultura di genere, in azioni di sensibilizzazione ed educazione alle differenze e alla lotta contro gli stereotipi di genere, che sono alla base delle molteplici discriminazioni che le donne ancora subiscono in molti campi. La Regione si impegna inoltre, anche in coerenza con le linee di indirizzo a creare spazi di formazione e di condivisione delle diverse esperienze territoriali.

### **5.7 Azioni di prevenzione e sensibilizzazione culturale**

Come sottolineato dai documenti internazionali e comunitari sopra citati, e recentemente anche dalla Convenzione di Istanbul, fondamentale è anche un’azione di prevenzione, formazione e sensibilizzazione culturale sul tema della violenza di genere e delle discriminazioni, l’educazione al rispetto, con una particolare attenzione al contrasto degli stereotipi, a partire dalle scuole.

Come esplicitamente previsto dalla Convenzione di Istanbul, è infatti di grande importanza la promozione di cambiamenti nei comportamenti socio-culturali delle donne e degli uomini, al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi altra pratica basata sull’idea dell’inferiorità della donna o su modelli stereotipati dei ruoli delle donne e degli uomini, valorizzando il ruolo fondamentale delle scuole per veicolare messaggi volti ad educare e sensibilizzare a temi quali la parità tra i sessi, i ruoli di genere non stereotipati,

<sup>13</sup> Quaderni di Città Sicure, n.33 settembre/ottobre 2008 “Violenza contro le donne. Il panorama normativo internazionale, nazionale e regionale” e n. 35 gennaio/febbraio 2010 “Violenza di genere e sicurezza delle donne in Emilia-Romagna”.

il reciproco rispetto, la soluzione non violenta dei conflitti nei rapporti interpersonali, la violenza contro le donne basata sul genere e il diritto all'integrità personale, appropriati al livello cognitivo degli allievi.

Su tale fronte la Regione ha quindi avviato diverse iniziative rivolte alle giovani generazioni di diverse fasce d'età, al fine di promuovere una cultura del rispetto e della valorizzazione della donna, di diffondere una cultura attenta alle differenze, con promozione di ruoli non discriminatori e superamento degli stereotipi di genere, in tal modo favorendo anche il contrasto alla violenza di genere, che da tale cultura e stereotipi sessisti trova alimento.

Come riconosciuto anche dalla Convenzione di Istanbul, il raggiungimento dell'uguaglianza di genere è un elemento chiave per prevenire la violenza contro le donne.

Porre fine alle violenze di genere è un obiettivo ambizioso: occorre ripensare e affrontare le politiche in una dimensione più ampia, che sia in grado di tener conto dei vari aspetti coinvolti, a partire dalla modifica dei modelli culturali di riferimento, dall'educazione degli uomini ad accettare i nuovi ruoli delle donne ed a rispettare la loro libertà e dignità, e da un ripensamento dell'immagine della donna anche nella comunicazione pubblica.

A tal proposito, il tema del ruolo dei media nel favorire il persistere degli stereotipi di genere nella cultura e nella società - e, più in generale, il tema della rappresentazione della donna nei media - riveste una fondamentale importanza per il raggiungimento dell'effettiva parità tra donne e uomini, nel processo democratico di affermazione dei pari diritti, come ribadiscono anche gli orientamenti comunitari .

Anche nel campo dell'educazione ai media, la Regione (in particolare l'Assessorato alle pari opportunità in collaborazione con il Corecom) ha avviato percorsi di collaborazione istituzionale.



# Credits

## Componenti gruppo “linee guida”

Coordinatrice **Maura Forni**

<b>Federica Anghinolfi</b>	Unione Val d'Enza , Gestione Associata, Area Servizio Sociale Integrato
<b>Antonella Brunelli</b>	Ausl Cesena Direzione di Distretto,
<b>Paola Castagnotto</b>	Segreteria CTSS Ferrara,
<b>Elena Castelli</b>	Servizio Assistenza distrettuale Regione Emilia-Romagna,
<b>Faissal Choroma</b>	Ausl Parma -U.O. Spazio Salute Immigrati
<b>Maria Stella d'Andrea</b>	Ausl Reggio Emilio - Medicina Legale
<b>Monica Dotti</b>	Ausl Modena - sociologa sanitaria
<b>Marilena Durante</b>	Servizio Salute Mentale, dipendenze patologiche salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna
<b>Salvatore Ferro</b>	Servizio Presidi Ospedalieri Regione Emilia-Romagna
<b>Maura Forni</b>	Responsabile Servizio Coordinamento Politiche sociali e socio educative. Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi
<b>Lucia Gardinazzi</b>	Coordinamento regionale case e centri anti violenza
<b>Antonella Grazia</b>	Servizio Coordinamento Politiche sociali e socio educative. Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi
<b>Patrizia Guerra</b>	Comune di Modena - Area Servizi Sociali
<b>Simona Sllari</b>	Ausl Piacenza - U.O. Ostetricia e Gineologia Ospedale di Piacenza
<b>Franca Magnani</b>	Comune di Cesena Servizio Sociale minori
<b>Mara Mascagni</b>	Ausl Bologna - Casalecchio di Reno, Medico di medicina generale
<b>Monica Orboni</b>	Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Pronto Soccorso
<b>Maria Maffia Russo</b>	Ausl Rimini - S.O.C. Psicologia
<b>Paola Salvini</b>	Ausl Parma - U.O. Salute Donna
<b>Patrizia Vaccari</b>	Comune di Parma Area Servizi Sociali

### Componenti tavolo "accesso"

<b>Marilena Durante</b>	Regione Emilia-Romagna, Servizio Salute Mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri
<b>Salvatore Ferro</b>	Regione Emilia-Romagna, Servizio Presidi Ospedalieri
<b>Patrizia Guerra</b>	Comune di Modena, Area Servizi Sociali
<b>Mara Mascagni</b>	Ausl Bologna - Casalecchio di Reno, Medico di medicina generale
<b>Elena Castelli</b>	Servizio Assistenza distrettuale Regione Emilia-Romagna
<b>Monica Orboni</b>	Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Pronto Soccorso
<b>Paola Salvini</b>	Ausl Parma - U.O. Salute Donna
<b>Marinella Lenzi</b>	P.S. Ospedale Maggiore - Bologna
<b>Valeria Arbizzani</b>	P.S. Ospedale Porretta
<b>Alessandra Bagnara</b>	Linearosa - Ravenna
<b>Antonella Oriani</b>	Coordinamento Regionale Centri Antiviolenza
<b>Elena Grossi</b>	P.S. Modena
<b>Simona Illari</b>	Ausl Piacenza - U.O. Ostetricia PC
<b>Domenica Dalpane</b>	Comune Faenza
<b>Chiara Bagnoli</b>	Comune Faenza
<b>Elisa Garavelli</b>	Unione di Comuni Tresinaro Secchia
<b>Viviana Bussadori</b>	RER, Servizio Politiche per l'accoglienza
<b>Maurizio Braglia</b>	RER, Servizio Politiche per l'accoglienza

### Composizione tavolo "presa in carico"

<b>Federica Anghinolfi</b>	Gestione associata Unione Val d'Enza
<b>Antonella Brunelli</b>	Ausl Cesena Direzione di Distretto
<b>Lucia Gardinazzi</b>	Coordinamento regionale case e centri antiviolenza
<b>Clede Garavini</b>	Ausl Bologna
<b>Maria Maffia Russo</b>	Ausl Rimini
<b>Patrizia Vaccari</b>	Comune di Parma, Area Servizi Sociali
<b>Franca Magnani</b>	Comune di Cesena Servizio Sociale minori
<b>Paola Castagnotto</b>	Segreteria CTSS Ferrara
<b>Monica Dotti</b>	Ausl Modena - sociologa sanitaria
<b>Faissal Choroma</b>	Ausl Parma - U.O. Spazio Salute Immigrati
<b>Elisabetta Pillai</b>	Ausl Rimini
<b>Elena Castelli</b>	Servizio presidi ospedalieri
<b>Marta Turci</b>	Ausl Cesena
<b>Alessandra Campani</b>	Nondasola- Reggio Emilia

**Clara Curcetti** Servizio presidi ospedalieri

**Componenti gruppo medico-legale**

**Dante Baronciani** RER Servizio Presidi ospedalieri

**Giulio Bini** Ausl Piacenza

**Dante di Camillo** Auo Parma

**Paolo Giovanni Crotti** Ausl Parma

**Maria Stella D'Andrea** Ausl Reggio Emilia

**Giorgio Gualandri** ASMN Reggio Emilia

**Sabino Pelosi** Ausl Modena

**Anna Laura Santunione** UniMo

**Alessandra De Palma** Azienda Sant'Orsola Malpighi

**Susi Pelotti** Unibo

**Caterina Manca** Ausl Bologna

**Martina Brini** Ausl Imola

**Gloria Bissi** Ausl Cesena

**Giampiero Baldini** Ausl Ravenna

**Adriana Binotti** Ausl Rimini

**Rosa Gaudio** Unife

**Naike Sola** Unibo

**Si ringraziano per la collaborazione:**

i componenti del gruppo interdirezionale per il contrasto alla violenza di genere della Regione Emilia-Romagna:

**Eugenio Arcidiacono** Servizio Politiche per la sicurezza e la polizia locale

**Antonella Busetto** Gabinetto del Presidente: Segreteria e affari generali della Giunta, Affari generali della Presidenza, pari opportunità

**Viviana Bussadori** Servizio Politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale

**Elena Cantoni** Gabinetto del Presidente: Segreteria e affari generali della Giunta, Affari generali della Presidenza, pari opportunità

**Elena Castelli** Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione sviluppo servizi sanitari

**Clara Curcetti** Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione sviluppo servizi sanitari

**Maura Forni** Servizio Coordinamento Politiche sociali e socio educative. Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi

**Antonella Grazia** Servizio Coordinamento Politiche sociali e socio educative. Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi

**Cinzia Ioppi** Servizio Coordinamento Politiche sociali e socio educative. Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi

**Cristina Karadole**

Servizio Coordinamento Politiche sociali e socio educative.  
Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi

**Gian Guido Nobili**

Servizio Politiche per la sicurezza e la polizia locale

**Serenella Sandri**

Servizio Programmazione, Valutazione e interventi regionali  
nell'ambito delle politiche della formazione e del lavoro

le rappresentanti del Coordinamento dei Centri antiviolenza della Regione Emilia-Romagna:

**Alessandra Campani, Paola Castagnotto, Samuela Frigeri, Silvia Iotti**

e tutti i rappresentanti dei Comuni, Aziende Usl, Province e Sindacati che nei diversi momenti istituzionali di confronto hanno portato il loro contributo alla verifica e alla validazione delle linee di indirizzo. Si ricorda infine il prezioso contributo offerto dalla Giunta regionale e dai consiglieri dell'Assemblea legislativa.

Coordinamento editoriale e redazionale:

**Tiziana Gardini**, Agenzia informazione e Ufficio stampa della Giunta

Stampa:

**Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna**

Novembre 2013





 Regione Emilia Romagna

