

Violenza di genere: un problema strutturale, di sanità pubblica

Eloise Longo

SYDNEY SIMS SU UNSPLASH

Premessa

Con l'espressione "violenza nei confronti delle donne" si intende designare una "violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata" (Convenzione di Istanbul, 2011) (1).

Sebbene siano molte le forme di violenza quella più comune è la violenza domestica o *Intimate Partner Violence*, violenza tra partner intimi, la violenza agita dall'uomo sulla donna. Tale violenza si colloca nel quadro della violenza di genere (*Gender Based Violence*) e si riferisce ad atti dannosi diretti contro una persona in base al suo genere, orientamento

sessuale o identità di genere (2).

Sebbene la violenza colpisca in modo sproporzionato le donne che vivono nei paesi a reddito medio-basso, la violenza di genere è diffusa in tutte le culture, classi sociali ed etnie in tutto il mondo. Essa è l'espressione di un'asimmetria di potere tra uomini e donne sostenuta da norme e credenze sociali legate al dominio, al potere e all'abuso di autorità e formalizzate attraverso leggi, politiche e istituzioni sociali.

La violenza contro le donne è, dunque, un problema globale, strutturale, ma soprattutto di salute pubblica; rappresenta uno dei principali fattori di rischio, di cattiva salute e di morte prematura per le donne e le ragazze (3). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il 30% delle donne nel mondo, pari 1 donna su 3, ha subito nel corso della propria vita violenze fisiche e/o sessuali da parte di partner, familiari/conoscenti, o violenza sessuale da par-

te di sconosciuti (3). I dati sono ancora più allarmanti nei paesi più poveri dove le donne che hanno subito violenza fisica e/o sessuale nel corso della loro vita rappresentano circa il 37%, con una prevalenza fino a 1 su 2 in alcuni di questi paesi. Inoltre, le informazioni riguardanti la violenza spesso non vengono raccolte o sono sottostimate a causa della riluttanza delle donne a dichiarare la violenza -spesso vengono colpevolizzate- o a denunciarla.

Non si può non considerare il periodo della pandemia di COVID-19. Le misure di distanziamento sociale e di isolamento imposte dall'emergenza sanitaria hanno contribuito a far esplodere situazioni ad alto rischio. L'aumento dei casi di violenza di genere nel mondo come conseguenza della pandemia è indicato dalle stesse Nazioni Unite che hanno definito questo fenomeno "pandemia ombra" proprio per sottolinearne l'impatto devastante (3,4).

Molte sono le forme di violenza: fisica, sessuale, psicologica, economica, culturale, stalking e si manifestano prevalentemente in ambito domestico/familiare (Intimate Partner Violence –IPV) (genitori, parenti, caregiver), relazionale (amici, conoscenti), scolastico, di gruppo (compagni di scuola, educatori).

Le conseguenze sullo stato di salute delle donne assumono diversi livelli di gravità che possono avere esiti fatali (femminicidio o interruzione di gravidanza); condizioni di morbosità fisica (conseguenze di trauma, ustione avvelenamento o intossicazione) e psicologica (Disturbo da Stress Post-Traumatico - PTSD, depressione, abuso di sostanze e comportamenti auto-lesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali, ecc.). Tali conseguenze possono perdurare lungo tutto l'arco della vita. Disturbi psico-fisici, spesso gravi, affliggono anche i bambini, vittime dirette di abusi e maltrattamenti o che assistono alla violenza in ambito familiare. È ormai appurato come l'influenza di questi traumi sia causa di disturbi comportamentali ed emotivi che ricadono sulla crescita e il percorso esistenziale dei bambini, vittime di maltrattamento o di violenza assistita, con un forte aumento del rischio per questi bambini di sviluppare sia comportamenti maltrattanti, sia di continuare ad esserne vittime (5). Per quanto riguarda il contesto della violenza anche per il bambino questa si esplica in gran parte nel proprio ambito familiare e relazionale.

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

Un fenomeno strutturale profondamente radicato

La violenza di genere non è una questione privata, ma riguarda l'intera società. È un fenomeno che ha radici profonde, radicate in un contesto sociale che si nutre di pregiudizi e stereotipi e non si limita ai drammatici casi di femminicidio. Le strutture e gli atteggiamenti patriarcali secolari rendono difficile un progresso duraturo. Si tratta di una realtà millenaria in cui il pregiudizio culturale che ha discriminato le donne in forme diverse e gravi ha sancito una loro inferiorità culturale. La maggior parte delle società sono state modellate da dottrine religiose per cui atteggiamenti e sistemi che promuovono il dominio maschile sono diventati la norma. Accanto a questi sistemi patriarcali, anche la violenza nella società si è normalizzata e i fattori di povertà sociale hanno amplificato la violenza.

Le disuguaglianze tra sesso e genere sono profondamente radicate nella società e sono sia causa che conseguenza della violenza, pertanto nessun intervento può essere efficace senza un corrispettivo cambiamento nella mentalità culturale al fine di eradicare pregiudizi, atteggiamenti e abitudini basati su stereotipi negativi di genere e sull'idea dell'inferiorità della donna (1).

Molti sono gli organismi che negli ultimi decenni hanno emanato dichiarazioni e risoluzioni per contrastare e denunciare il fenomeno. Tra le tappe più significative che hanno segnato il cammino di consapevolezza dell'impatto della violenza sulla salute pubblica e il ruolo che la salute pubblica può giocare a livello di prevenzione si segnalano:

1979- Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di di-

scriminazione contro le donne (CEDAW), adottata nel 1979 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite che definisce la discriminazione contro le donne come: "...qualsiasi distinzione, esclusione o restrizione operata in base al sesso che abbia l'effetto o lo scopo di impedire o annullare il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, indipendentemente dal loro stato civile, basato sull'uguaglianza tra uomini e donne, dei diritti umani e dei diritti fondamentali libertà in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo"(6);

1993- Dichiarazione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne definita come "...qualunque atto di violenza in base al sesso, la minaccia di tali atti, che produca o possa produrre danni o sofferenze fisiche, sessuali, o psicologiche, coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata delle donne" (ONU, 1993);

1995- Conferenza Mondiale sulle donne a Pechino che sottolinea come la violenza sia la manifestazione della storica asimmetria di potere all'interno delle relazioni di genere che comporta una discriminazione nei confronti delle donne. Si sollecitano, quindi, i governi a quantificare il fenomeno e rilevare le conseguenze sulla salute delle donne;

1996- il Rapporto dell'OMS nel quale viene definita la violenza come "un problema di salute di proporzioni enormi, globale" e si sollecitano i servizi sanitari ad un impegno maggiore "per dare conforto alle donne che subiscono atti di violenza fisica e abusi sessuali" (WHO, 1996);

2002- Rapporto mondiale sulla violenza e la salute (*World report on violence and health*) pubblicato dall'Oms è la prima analisi completa su scala globale del problema della violenza. Il rapporto costituisce la struttura di sostegno alla campagna globale sulla prevenzione della violenza (WHO, 2002).

2011- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla "Prevenzione e lotta contro la violenza contro le donne e la violenza domestica" (nota come Convenzione di Istanbul) è il primo trattato internazionale che affronta specificamente la violenza da una prospettiva di genere definendola come: "....qualsiasi atto di violenza basata sul sesso, o la minaccia di tali atti, che produca o possa produrre danni fisici, sessuali o psicologici o sofferenze, coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata delle donne";

2015- Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile il cui Obiettivo 5 è indirizzato alla prevenzione della violenza di genere al fine di raggiungere la piena eguaglianza ed emancipazione di tutte le donne e le ragazze (ONU, 2015).

Nonostante i progressi raggiunti, tuttavia molta strada è ancora da percorrere. La struttura economica e sociale delle società attuali produce ancora e a livelli diverse diseguaglianze e discriminazioni profonde. Un esempio per tutti è il Global Gender Gap Report 2023 del World Economic Forum (WEF) che ogni anno rileva lo stato del divario di genere nel mondo, posiziona l'Italia al 79esimo posto rispetto a 146 paesi analizzati, con una perdita di 16 posizioni rispetto alle rilevazioni 2022,

e ampia distanza rispetto a numerosi Paesi dell'eurozona, dove ad esempio la Germania si conferma al sesto posto e la Spagna al 18esimo. L'Italia ha un punteggio più basso (104/146) quanto a partecipazione economica e opportunità per le donne. Mentre la posizione migliore si conferma nella sezione "livello di istruzione". Questo è un dato che deve far riflettere: donne più istruite ma il cui accesso al mercato del lavoro in termini di opportunità e di carriera è nei fatti ostacolato. Nonostante i cambiamenti nel processo di consapevolezza delle donne, permangono gravi problemi nella partecipazione al lavoro. Tale scenario è strettamente connesso alla permanenza della tradizione di una cultura patriarcale che alimenta ancora la pratica del possesso nella relazione affettiva e impedisce di leggere lo squilibrio dei rapporti uomo/donna come la radice della violenza. La violenza di genere è, quindi un fenomeno strutturale e non più emergenziale; pervade tutti gli ambiti di vita, dal contesto lavorativo all'ambiente domestico, dai luoghi di formazione a quelli di socializzazione, dalla sfera economica a quella politica ed istituzionale; e, inoltre, funzionale alle logiche del sistema di potere maschile che nei secoli ha permeato, materialmente e simbolicamente la cultura e le relazioni pubbliche e private.

È quindi importante riconoscere i segni del maltrattamento e dell'abuso nelle sue diverse forme: psicologico, fisico, economico, sociale e culturale.

Dati di contesto e conseguenze sulla salute delle donne

In Italia si stima che quasi 7 milioni di donne tra i 16 e i 70 anni hanno subito almeno una volta una violenza fisica, sessuale o entrambe, un fenomeno che

impatta sul 31,5% della popolazione femminile italiana¹⁷. Una lettura dei dati OMS pubblicati nel 2021 rileva come globalmente il 27% delle donne in età fertile (15 e 49 anni) abbia subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner almeno una volta nel corso della vita e il 13% abbia invece subito violenza fisica e/o sessuale nel corso dell'anno precedente alla rilevazione¹⁸. L'analisi per classi di età mostra che: mentre la prevalenza di IPV subita nel corso della vita rimane pressoché stabile, si osserva una tendenza a diminuire della IPV subita nel corso dell'ultimo anno tra le donne all'aumentare dell'età, con valori massimi tra le 15-19enni (16%) che scendono all'8% tra le donne di 45-49 anni, ad indicare che la violenza inizia relativamente presto nella vita e diminuisce gradualmente con l'età.

L'analisi territoriale degli indicatori delle *Sustainable Development Goals* (SDG) delle Nazioni Unite evidenzia come l'IPV non sia un problema specifico di una area geografica particolare, bensì un problema di salute pubblica globale che colpisce milioni di donne in tutto il mondo e che necessita di un'azione urgente.

In Italia e nel sud dell'Europa la prevalenza di donne in età fertile che hanno subito IPV nel corso della propria vita, così come la prevalenza di donne che hanno subito IPV nel corso degli ultimi 12 mesi, sono tra le più basse, mentre i valori più elevati si registrano in alcune sotto-regioni dell'Oceania (Melanesia (51%), la Micronesia (41%) e Polinesia (39%)) e nei Paesi meno sviluppati (37%). È, tuttavia, fondamentale osservare che, sebbene nelle sotto-regioni europee che comprendono principalmente paesi ad alto reddito, la prevalenza stimata è un tantum della violenza da parte

del partner varia dal 23% nell'Europa settentrionale al 16% nel sud Europa, questi valori sono da considerare ancora elevati (7).

È noto che le vittime di abuso o maltrattamento, in cui la violenza abbia caratteristiche di ripetitività, gravità ed escalation, ricorrono ai servizi di assistenza sanitaria con maggior frequenza rispetto al resto della popolazione. Si stima che la prevalenza di casi di abuso o negligenza nei bambini visitati al PS sia compresa tra il 2 e il 10%. Le donne e i bambini che hanno subito violenza necessitano, quindi, di luoghi in cui ricevere servizi adeguati di assistenza sanitaria, assistenza giuridica nonché consulenza e terapia psicologica (8).

Nell'ambito della violenza domestica merita poi un'attenta analisi un fenomeno poco esplorato in letteratura e sotto-stimato: la violenza in gravidanza. I due termini violenza e gravidanza, infatti, sono tenuti comunemente distanti tra loro. Diffuso è, infatti, lo stereotipo secondo cui la gravidanza ha una funzione protettiva rispetto alla violenza (9). Tuttavia, i dati contraddicono tale realtà. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità nel mondo 1 donna su 4 è stata vittima di una forma di violenza in gravidanza (3). Si tratta di dati probabilmente sottostimati per una serie di motivi tra cui la ritrosia delle donne nel denunciare la violenza subita dal partner nel periodo dell'attesa di un figlio/a.

Diversi studi evidenziano come episodi di violenza e abuso sessuale subiti in passato e non sufficientemente e psicologicamente trattati si riattualizzano in gravidanza o durante il parto (10). È questo il caso delle cosiddette "donne sopravvissute", fenomeno ancora poco studiato. Notevoli sono, inoltre, le conseguenze fisiche e psicologiche di que-

sta violenza sulla salute della donna, del feto e del neonato tali da rendere la gravidanza a rischio (11). L'omicidio è la conseguenza più estrema della violenza del partner intimo. La letteratura scientifica mostra come la gravidanza non sia un fattore protettivo per l'IPV, ma anzi aumenti durante la gravidanza (12).

Il quadro delineato mostra come la salute delle donne che hanno subito violenza sia diventata un'emergenza sanitaria. Le conseguenze degli abusi psico-fisici, escono dalla sfera ginecologica tanti che più frequenti nelle donne maltrattate si riscontrano manifestazioni neurologiche, dolore cronico, dolore addominale, disturbi gastrointestinali malnutrizione e una maggiore suscettibilità ad ammalarsi, a causa di un indebolimento delle difese immunitarie. Alta l'incidenza del disturbo post-traumatico da stress, con manifestazione di ansia, depressione e abulia: i dati confermano che chi è vittima di una spirale di violenze tende a trascurare la propria salute fisica, con grave impatto anche sulla prevenzione di patologie. Comune, infine, il ricorso all'alcol e una maggiore incidenza di dipendenze.

Secondo l'Oms «il sistema sanitario è stato lento nell'attuare piani per gestire la violenza sulle donne». Per far fronte a questa nuova epidemia, sono state redatte linee guida per gli operatori sanitari, in prima linea nell'assistenza e tutela delle vittime di abusi. Essenziale intervenire entro 72 ore dalla violenza, integrando il supporto psicologico alla prestazione clinica, offrendo contraccezione di emergenza, profilassi per HIV, diagnosi e profilassi per altre malattie sessualmente trasmissibili.

Il ruolo dei servizi sanitari nel riconoscimento della violenza

La letteratura scientifica indica il rafforzamento e la rete dei servizi sanitari come lo strumento più efficace per contrastare il fenomeno della violenza sulla donna, attraverso lo sviluppo di: protocolli e competenze degli operatori e dei servizi; l'effettivo coordinamento tra le istituzioni coinvolte; la creazione di reti di riconoscimento degli eventi di violenza (13). Il ruolo del sistema sanitario è centrale per stimare le dimensioni del fenomeno, le sue cause e le conseguenze sullo stato di salute; riconoscere la violenza e fornire interventi adeguati a tutti i livelli; sviluppare e valutare i programmi di prevenzione della violenza. Tenuto conto della sistematica sotto rilevazione della violenza la risposta dei sistemi sanitari non può che essere integrata, coordinata e in rete con tutti i servizi di assistenza, accoglienza e accompagnamento che nelle rispettive competenze possono intervenire a supporto delle donne.

Tra i servizi di assistenza sanitaria, il Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) rappresenta uno dei punti importanti per l'identificazione dei fenomeni di abuso e maltrattamento delle donne e dei minori. Il personale sanitario deve essere a conoscenza dei protocolli sanitari e delle modalità più idonee per accogliere le donne vittime di violenza. Recentemente il Ministero della Salute -grazie anche ai risultati e alle evidenze scientifiche prodotte nell'ambito di progetti da esso finanziati, ha emanato le Linee Guida (LG) nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema soccorso e assistenza per le donne che subiscono violenza. Lo scopo è quello di fornire un intervento tempestivo e integrato nel

trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche della violenza sulla salute della donna. Il percorso delineato dalle LG segue la donna dal momento della presa in carico al triage all'accompagnamento ai servizi territoriali (14).

Ri-conoscere i segni manifesti e latenti della violenza in PS

Le LG indicano la fase di accesso della donna al triage quale momento importante in quanto dopo il triage infermieristico, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza -rosso o equivalente- alla donna viene riconosciuto un codice di urgenza per garantire una visita medica tempestiva (tempo di attesa massimo 20 minuti) e ridurre il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

È fondamentale che nel PS vi sia una stanza separata dalla sala di attesa generale che assicuri protezione, riservatezza e sicurezza.

Il primo passo per attivare qualsiasi tipo di intervento consiste, dunque, nel riconoscere il tipo di violenza subita e le sue ripercussioni sulla vita e sul benessere psicofisico della donna e dei figli coinvolti, come vittime, e/o testimoni di violenza. Le LG sottolineano l'importanza di una formazione e aggiornamento continuo del personale sanitario per garantire una buona attività di accoglienza, presa in carico, rilevazione del rischio e prevenzione.

L'accesso in PS per la donna che ha subito violenza rappresenta un momento delicato e importante. Questa fase diventa un punto di forza nel momento in cui la donna sente di trovarsi in un luogo sicuro, protetta e accolta nel suo bisogno di comprensione e ascolto, pena il rischio ricadute e conseguenze sul percorso di assistenza. È proprio nella

fase di accoglienza che il personale di PS, opportunamente formato, procede al riconoscimento dei segnali della violenza, anche quando questa non sia dichiarata. Tra questi molto importanti sono le informazioni relative a eventuali e precedenti accessi in PS unitamente ad alcuni indicatori "sentinella" che si basano sull'osservazione di elementi di carattere anamnestico (ripetuti accessi e visite mediche in PS; reticenze o racconti contraddittori degli accompagnatori, incoerenza tra la dinamica riferita e le lesioni riportate); di carattere comportamentale/psicologico (elementi incoerenti nella narrazione; atteggiamento reticente, schivo, poco disponibile a raccontare particolari dell'accaduto, difensivo e/o di chiusura rispetto alle domande dell'operatore/trice, sintomi psichici non appropriati rispetto all'evento raccontato quali ad es.: ansia, tristezza, pianto, rabbia, confusione, paura e fisico) e, infine, di carattere fisico (segni visibili sul corpo quali lividi, graffi, escoriazioni, ecchimosi, ferite lacerate-contuse, ematomi, ustioni, in particolare nelle sedi corporee di testa, volto e collo) (15). L'adozione, quindi, di un sistema di selezione (screening) basato sull'uso di questi indicatori di sospetto permette di migliorare la capacità di riconoscimento dei casi d'abuso e adottare un corretto approccio diagnostico, al fine di raggiungere un maggior livello di appropriatezza negli accertamenti e nei ricoveri.

Conclusioni

La violenza di genere è un fenomeno strutturale profondamente radicato nel tessuto sociale. Come tutti i problemi di salute pubblica il contrasto alla violenza implica un'azione di prevenzione su tre livelli:

1. prevenzione primaria con interventi volti a impedire la violenza prima che si manifesti;
2. prevenzione secondaria con risposte immediate alla violenza una volta che sia stata agita, quali servizi di pronto soccorso, terapia clinico-farmacologica o chirurgica, ecc.;
3. prevenzione terziaria con interventi riabilitativi o reintegrativi a lungo termine per attenuare il trauma e ridurre le disabilità associate alla violenza.

Tali interventi s'inquadrano in quello che viene comunemente definito "modello bio-psico-sociale di salute", che riconosce il genere come uno dei fattori determinanti della salute. Per questi motivi si rende necessario incoraggiare l'attuazione di politiche sanitarie basate sulla ricerca per la prevenzione e il sostegno alle donne che hanno subito violenza. Tutte le donne esposte alla violenza dovrebbero ottenere servizi sanitari completi e sensibili al genere. La violenza di genere è diffusa in tutto il mondo e i problemi di salute che ne derivano sono questioni prevenibili che devono porre serie sfide alla sanità pubblica e alla politica.

Bibliografia

- 1) Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica, Istanbul, 11.V.2011; Disponibile da: <https://rm.coe.int/168008482e>
- 2) Istituto europeo per l'uguaglianza di genere-EIGE. Cos'è la violenza di genere? Disponibile da: <https://eige.europa.eu/gender-based-violence/what-is-gender-based-violence>
- 3) World Health Organization – WHO, 2002. World Report on violence and health, WHO, Ginevra.
- 4) UN Women 2021. Violence against women during covid-19. *UN Women 2021*. Link: <https://data.unwomen.org/sites/default/files/documents/Publications/Measu>

- ring-shadow-pandemic.pdf
- 5) World Health Organization (WHO), 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence, WHO, Geneva, Switzerland 2013.
 - 6) Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne – CEDAW, ONU, 18 dicembre 1979; Disponibile da: https://www.ohchr.org/en/instruments_mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women.
 - 7) Longo E, Ghirini S. “Violenza domestica nella perinatalità” in a cura di Manoni L, Palumbo G, Gigantesco A *La salute mentale nel periodo perinatale. Uno sguardo tra diverse discipline*. Il Pensiero scientifico Ed, Roma, 2022: 185-202.
 - 8) Pitidis A, Longo E, Cremonesi P; Gruppo di lavoro Progetto REVAMP. Progetto REVAMP (Repellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2019 (Rapporti ISTISAN 19/29).
 - 9) Dubini V, Cruriel P. La violenza come fattore di rischio in gravidanza. *Risveglio Ostetrico* 2004; 1(1/2).
 - 10) Simkin P, Klaus P, Blume ES. *When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*. Seattle, Washington: Classic Day Publishing, 2004.
 - 11) Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368(9543):1260-9.
 - 12) Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5(1):47-64.
 - 13) World Health Organization – WHO, 2016. The global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-en.pdf.
 - 14) D.P.C.M. 24 /11/2017. Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Disponibile al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/30/18A00520/SG>.
 - 15) Ministero della Salute – CCM, Istituto Superiore di Sanità, Ospedale Galliera di Genova. REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). Manuale per Operatori di Pronto Soccorso. Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale, donne e minori in particolare, Ministero della Salute CCM, 2017. Disponibile sul sito: <http://old.iss.it/casa>.

Eloise Longo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità



JASON LEUNG SU UNSPLASH