

REPORT DEL PROGETTO PILOTA
“Valutazione degli esiti clinici riferiti al
percorso di trattamento compiuto dagli
autori di violenza di genere intrafamiliare
presso il centro LDV – Liberiamoci Dalla
Violenza. Centro di accompagnamento al
cambiamento per uomini”

Dicembre 2023

REPORT DEL PROGETTO PILOTA

“Valutazione degli esiti clinici riferiti al percorso di trattamento compiuto dagli autori di violenza di genere intrafamiliare presso il centro LDV – Liberiamoci Dalla Violenza. Centro di accompagnamento al cambiamento per uomini”

Principal investigator	<i>Giorgia Pifferi</i> - Responsabile Psicologia Clinica e di Comunità
Co-investigator	<i>Monica Dotti</i> – Sociologa, Coordinatrice Centro LDV
Collaboratori interni	<i>Alessandro De Rosa</i> - Psicologo psicoterapeuta, Centro LDV <i>Paolo De Pascalis</i> - Psicologo-psicoterapeuta, Centro LDV <i>Michael Fanizza</i> - Psicologo-psicoterapeuta, Centro LDV
Collaboratori esterni	<i>Elena Berti</i> - Dirigente Medico, Responsabile Area Innovazione in ambito sanitario, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale <i>Marco Deriu</i> - Sociologo, Professore associato, Università di Parma <i>Laura Lancellotti</i> - Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso Azienda USL di Modena <i>Anna Caterina Leucci</i> - Statistico, collaboratore Area Innovazione in ambito sanitario, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale <i>Alessandro Milani</i> - Programmatore <i>Stefano Pagliaro</i> - Psicologo, Professore associato, Università “Gabriele D’Annunzio” di Chieti <i>Amalia Rodontini</i> - Psicologa-psicoterapeuta, Professore a contratto Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" <i>Georgia Zara</i> - Psicologa, Criminologa, Professore associato, Università di Torino e Visiting Scholar, Institute of Criminology, University of Cambridge

INDICE

Introduzione.....	p. 5
Analisi dei dati.....	p. 13
Analisi di confronto.....	p. 29
Discussione del campione.....	p. 32
Discussione dei dati.....	p. 34
Conclusione e sviluppi futuri.....	p. 38
Bibliografia.....	p. 39
Allegato A.....	p. 47

INTRODUZIONE

PRESUPPOSTI

La ricerca pilota si caratterizza come sviluppo dell'attività decennale di LDV - Liberiamoci dalla violenza-di Modena - Centro di accompagnamento al cambiamento per uomini - presso il Consultorio Familiare dell'Azienda USL di Modena e per la necessità di supportare con strumenti idonei l'attività dei professionisti del Centro rispetto alle caratteristiche dell'utenza, al monitoraggio del percorso di trattamento e alla valutazione degli esiti. La necessità di dotarsi di strumenti di supporto nella valutazione del lavoro clinico è infatti un'esigenza condivisa dai diversi Centri che lavorano con programmi di trattamento per autori di violenza (Askeland, Skogbrott Birkeland, Lømo and Tjersland, 2021; Centro Ascolto Uomini Maltrattanti CAM di Firenze, Ferrara, Nord Sardegna, Cremona e Roma, 2020).

La finalità principale dello studio è stata quella di valutare in maniera sistematica e approfondita l'andamento e gli esiti clinici del percorso di trattamento compiuto dagli uomini autori di violenza di genere intrafamiliare presso il centro LDV di Modena.

Obiettivo secondario è stato l'approfondimento degli elementi più caratterizzanti e rilevanti nella presa in carico e nell'accompagnamento dell'utenza in un percorso di cambiamento personale e del proprio contesto di vita al fine di migliorare l'efficacia del percorso di trattamento. Più in generale i risultati della ricerca intendono contribuire a fornire elementi rilevanti nella conoscenza e nella comprensione della problematica della violenza domestica e intrafamiliare per il contesto locale e nazionale.

Il progetto di ricerca, che si è caratterizzato come *studio esplorativo* ha assunto una connotazione molto rilevante per il lavoro del centro LDV, la cui attività è ormai consolidata da tempo poiché è stato il primo a nascere in Regione Emilia-Romagna e il primo gestito da un'istituzione pubblica nel nostro paese ad occuparsi del trattamento degli uomini autori di violenza. La ricerca è stata autorizzata dal comitato etico dell'Emilia Area Vasta Nord.

Il periodo in cui si è svolta, è stato connotato a livello globale da una grave pandemia sanitaria – il Covid 19 – che ha profondamente modificato la vita di tutti noi sia a livello individuale che sociale, rispetto alle abitudini quotidiane, alle relazioni con gli altri, compreso l'accesso ai servizi pubblici, anche quelli sanitari, per cui in alcuni periodi, causa lockdown, l'accesso era consentito solo alle situazioni di emergenza.

Pertanto, questa situazione ha reso più difficile anche recarsi in Consultorio e al Centro LDV mentre le restrizioni imposte nel periodo, hanno ostacolato il "reclutamento" degli uomini per la ricerca e per la somministrazione della testistica. Complessivamente, dunque, i diversi elementi di tale situazione emergenziale ed imprevista hanno concorso a complicarne le modalità e ad allungarne i tempi.

Un'altra circostanza particolare che ha caratterizzato il periodo è stata l'entrata in vigore a pieno regime della legge n. 69 del 2019 denominata "Codice Rosso" che all'art. 6 prevede la sospensione condizionale della pena per i soggetti responsabili di reati legati alla violenza domestica subordinandola alla partecipazione a specifici percorsi di recupero presso enti o associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero di soggetti condannati per i medesimi reati.

La normativa ha attivato, da parte di avvocati, l'invio dei loro assistiti imputati di questa tipologia di reati; si tratta tuttavia di soggetti che vedono anche solo l'accesso al centro in modo "strumentale", come qualcosa di necessario per ricevere un'attestazione di presenza che dia luogo ad un beneficio tangibile, ma che generalmente risultano poco motivati al cambiamento e a svolgere un reale percorso trattamentale di responsabilizzazione. Questo ha comportato dunque un cambiamento nelle caratteristiche dell'utenza che ha inciso inevitabilmente anche sulla ricerca stessa.

Nella progettazione e nella conduzione della ricerca ci si è avvalsi della collaborazione di esperti esterni. ¹Il sociologo Marco Deriu dell'Università di Parma segue le attività di LDV fin dalle origini e ha accompagnato il lavoro riflessivo del Centro in tutte le sue fasi. Mentre il coinvolgimento dello psicologo Stefano Pagliaro dell'Università di Chieti, della psicoterapeuta Amalia Rodontini già Prof.ssa a contratto Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" e della psicologa Georgia Zara dell'Università di Torino nella fase di progettazione e nella successiva attuazione è stato motivato da una scelta epistemologica inerente alla definizione degli antecedenti della violenza. Questi ricercatori e ricercatrici, infatti, considerano che la violenza di genere non sia riconducibile semplicemente a fattori psicopatologici ma ritengono che un ruolo centrale nella genesi e nello sviluppo nei comportamenti violenti sia svolto anche da aspetti relazionali, culturali e normativi. Le diverse competenze reclutate nel progetto, attraverso questi ricercatori, hanno permesso di garantire alla ricerca una prospettiva interdisciplinare integrata e aderente ad una lettura di genere. Alla base di questa impostazione risiede l'interesse nel cogliere la complessità del problema che lega la violenza al modo in cui si strutturano complessivamente le relazioni tra le donne e gli uomini nella società. Raccogliendo le indicazioni delle normative vigenti e della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne – nota come “Convenzione di Istanbul” – nonché degli studi nazionali e internazionali in materia, appare fondamentale che le risposte di contrasto alla violenza riescano a cogliere la complessità del fenomeno implementando azioni a più livelli finalizzate alla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) della vittima, alla sua protezione, nonché a scongiurare il rischio di recidiva della violenza da parte dell'autore di tali condotte. È precisamente in riferimento a questo ultimo punto che in Italia sono stati avviati da anni diversi programmi sperimentali rivolti agli autori di violenza evidenziando ad oggi svariati strumenti e metodologie utili per implementare l'intervento ed avviare, così, un lavoro di responsabilizzazione circa i comportamenti agiti (Baldry & Rodontini, 2018; Bozzoli, Merelli, & Ruggerini, 2013; Giulini & Xella, 2011; Magaraggia & Cherubini, 2013; Oddone, 2020; Demurtas & Misiti, 2021).

Per la strutturazione del progetto, dunque, sono state organizzate presso il centro LDV di Modena attività di formazione in presenza per i colleghi clinici rispetto tanto alla teoria alla base dei test e degli strumenti che avrebbero successivamente utilizzato, quanto sull'utilizzo effettivo degli stessi. Durante queste attività di formazione, il confronto tra ricercatori e ricercatrici e colleghi clinici ha condotto alla scelta degli strumenti ritenuti più adatti ai fini della pratica clinica.

Nella fase di analisi ed elaborazione dei dati e nella preparazione del report, ci si è avvalsi inoltre della collaborazione della Dott.ssa Elena Berti, Dirigente Medico e Responsabile Area Innovazione in ambito sanitario, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, della Dott.ssa Anna Caterina Leucci, Statistico e collaboratore dell'Area Innovazione in ambito sanitario, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, del Dott. Alessandro Milani, Programmatore e di Laura Lancellotti, psicologa e psicoterapeuta in formazione presso Azienda USL di Modena. Infine, i ricercatori desiderano ringraziare il Dott. Nicola Caranci, statistico dell'Agenzia Sanitaria regionale e la Dott.ssa Valeria de Biase, psicologa dell'Azienda USL di Modena per la collaborazione e i loro preziosi suggerimenti.

¹ Nel nostro paese sono pressoché inesistenti le ricerche sugli esiti clinici del lavoro con i maltrattanti. Per impostare un approfondimento su questo tema a partire dalla esperienza decennale del Centro LDV dell'Azienda USL di Modena, sono stati coinvolti anche ricercatori già collaboratori della Dott.ssa Anna Costanza Baldry, psicologa e docente presso l'Università di Napoli prematuramente scomparsa, con una grande esperienza di ricerca a livello nazionale e internazionale sulla violenza contro le donne e i bambini, in particolare sugli orfani di femminicidio.

OBIETTIVI

Gli obiettivi, primari e secondari, dello studio pilota sono i seguenti:

A. Obiettivo Primario:

- valutare il rischio di recidiva
- descrivere le caratteristiche psicologiche e di personalità dell'utenza appartenente al servizio sia a un Tempo (0) e dopo il percorso clinico (T1).
- delineare l'incidenza delle credenze e dei tratti socioculturali dell'utenza;
- individuare elementi indicatori di possibili drop-out (cioè abbandono del percorso trattamentale da parte dell'utente);
- analizzare i cambiamenti significativi durante e dopo il trattamento;

B. Obiettivi Secondari:

- valutare l'adeguatezza degli strumenti in relazione alle diverse caratteristiche dell'utenza, alle condizioni dell'invio (da parte del tribunale, dei servizi sociali, del contesto familiare o per scelta autonoma), al contesto relazionale e familiare, e alla relativa risposta al trattamento, al fine di adeguare, tarare o differenziare i percorsi di trattamento in base a tipologie, situazioni e necessità specifiche.
- confrontare le credenze e gli atteggiamenti nei confronti delle donne del campione di uomini autori di violenza utente del centro LDV di Modena con un gruppo di confronto selezionato dalla popolazione generale.

MATERIALI E METODI

Partecipanti

Sono stati reclutati 43 partecipanti autori di violenza di genere sulla base dei seguenti criteri di inclusione e di esclusione:

A. Criteri di inclusione:

- aver agito comportamenti violenti in una relazione di intimità e contestuale richiesta esplicita di poter essere aiutati presso il centro LDV;
- conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;
- maggiore età;
- frequentazione del percorso trattamentale presso il centro LDV;
- aver espresso consenso informato alla partecipazione allo studio.

B. Criteri di esclusione:

- problematiche di dipendenza da sostanze stupefacenti o di alcolismo;
- disturbi psichiatrici in fase acuta;
- negazione del problema della violenza e rifiuto di assunzione di responsabilità;
- mancato contatto con partner/ex partner;
- mancato consenso alla partecipazione allo studio.

I partecipanti, tutti maschi e residenti a Modena o nella provincia di Modena, sono stati reclutati a partire da gennaio 2020 fino al 31 marzo 2022. L'88,37% (n=38) dei soggetti è di nazionalità italiana; mentre l'11,63 (n=5) è di nazionalità straniera (due tunisini, un venezuelano, un peruviano, un albanese). L'età media dei partecipanti è di 42,51 anni (SD=8.98). Per quanto riguarda il titolo di studio, il 51,16% (n=22) dei reclutati ha un diploma di licenza media, il 41,86% (n=18) un diploma di maturità e un 6.98% (n=3) è laureato. In relazione allo stato civile, il 34,88% (n=15) si è dichiarato single, il 46,51% (n=20) sposato/convivente, l'11,63%(n=4) separato/divorziato/vedovo e il 9.30% (n=4) fidanzato. Il 51,16% (n=22) dei reclutati ha figli, mentre il restante 48,83% (n=21) non ha figli. Dei 43 partecipanti, 41 (95.35%) sono occupati, uno è disoccupato (2,33%) e uno in pensione (2,33%).

La *Tabella 1* mostra gli ambiti professionali dei 41 partecipanti occupati:

Attività lavorativa	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale
Artigiani, operai specializzati e agricoltori	25	60,98%
Professioni esecutive nel lavoro d'ufficio (es. impiegato)	6	14,63%
Professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi (es. commerciante)	4	9,76%
Professioni intellettuali e scientifiche (es. giornalista)	3	7,32%
Conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili e conducenti di veicoli (es. autista)	2	4,88%
Professioni tecniche	1	2,44%

Tabella 1. Attività lavorativa

Strumenti della ricerca e raccolta dei dati

La raccolta dei dati è avvenuta contestualmente al percorso trattamentale realizzato dal centro LDV nei confronti degli autori di violenza di genere. I dati sono stati raccolti sia attraverso questionari self-report (compilati dall'utente) sia attraverso valutazioni effettuate dal terapeuta. Quando possibile si è tenuto conto di un terzo tipo di valutazione, quella riferibile al punto di vista della partner/ex partner, vittima delle violenze. Tale valutazione è stata richiesta qualora la relazione o i rapporti tra i soggetti interessati perdurasse al momento dello studio e comunque previo il consenso in tal senso da parte della donna.

Tutti i partecipanti alla ricerca hanno preso contatto volontariamente con il centro LDV. Attraverso un contatto telefonico è stato fissato un appuntamento con uno psicologo del centro. Durante il primo colloquio, a ciascun partecipante è stato proposto di firmare il consenso informato al trattamento dei dati, il consenso alla partecipazione alla ricerca e il consenso al contatto con il partner/ex partner. La mancata raccolta di tutte le tipologie di consenso ha comportato per diversi uomini, l'esclusione dalla ricerca. I test psicologici e psicosociali somministrati agli autori di violenza che hanno partecipato alla ricerca sono riportati di seguito:

- **VASDE (Variabili socio-demografiche per la valutazione del rischio)** (Baldry 2016). Si tratta di una scheda per la conoscenza e l'inquadramento delle caratteristiche personali e di contesto relative alla relazione vittima-maltrattante (età, residenza, relazione autore-vittima ecc.).
- **CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure)**. Il CORE-OM è uno strumento che misura il cambiamento relativamente al disagio psicologico nella popolazione adulta, in particolare quello determinato dal trattamento psicoterapeutico (Barkham et al., 1998; Evans, 2002; Palmieri et al.,

2007). Lo strumento, messo a punto nel 1998 e parte centrale del "CORE System" (CORE-OM Outcome Measure, CORE-A Assessment e End of Therapy Form), è un questionario autosomministrato costituito da 34 item con risposta a scelta multipla su una scala a 5 punti. Gli item si riferiscono a 4 domini: benessere soggettivo (4 item), sintomi/problemi (12 item), funzionamento (12 item), rischio (6 item). Il dominio del benessere soggettivo è costituito da un unico costrutto principale; il dominio dei problemi è costituito da item che si riferiscono a sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma; il dominio del funzionamento fa riferimento alle relazioni significative, al funzionamento generale e sociale, mentre il dominio del rischio si riferisce ad aspetti auto ed eterolesivi. La scelta dei primi tre domini è in sintonia con il modello delle fasi del cambiamento durante il processo psicoterapeutico, ossia inizialmente un miglioramento del benessere soggettivo seguito dai sintomi e dal funzionamento. Il punteggio finale corrisponde alla media dei punteggi ottenuti nel questionario e indica il livello di disagio psicologico con riferimento alla settimana precedente alla valutazione.

- **CTS-2 (Conflict Tactics Scale)** (Strauss, 1996; CTS-2 nella versione italiana *revised* a cura di Signorelli, Arcidiacono, Musumeci, Di Nuovo, Aguglia, 2014). Il CTS-2 è uno strumento self-report utile ed immediato per la rilevazione dei comportamenti di violenza familiare. Il focus della CTS-2 è sugli atti o gli eventi specifici accaduti nella coppia relativi al comportamento di violenza. Lo strumento consente di esplorare non solo aree relative ai comportamenti violenti declinati in termini di violenza fisica, sessuale, psicologica, lesioni personali, ma anche di analizzare le dinamiche di negoziazione e compromesso che sono state messe in atto per affrontare le problematiche della coppia.
- **BES (Basic Empathy Scale)** nella versione adattata. Si tratta di uno strumento che misura sia l'empatia a livello cognitivo che a livello emotivo. Lo strumento è costituito da due sottoscale che rilevano due diverse componenti della capacità empatica: la *sottoscala dell'empatia affettiva* misura la congruenza emotiva con le emozioni di un'altra persona e la *sottoscala dell'empatia cognitiva* misura la capacità di comprendere e riconoscere le emozioni di un'altra persona (Jolliffe & Farrington, 2004, 2006). In relazione al tipo di campione coinvolto nella ricerca si è deciso di utilizzare una versione adattata della BES che tiene conto della possibilità di discriminare tra empatia generale e selettiva. Questo adattamento è risultato necessario al fine di poter valutare la natura selettiva e specifica dell'empatia, ovvero quella mostrata nei confronti di individui particolari, ovvero delle persone offese. Non è infatti inconsueto che molti degli individui violenti manifestino empatia cognitiva ed emozionale nella loro vita quotidiana, funzionando in modo apparentemente prosociale, ma che questa empatia venga meno quando agiscono violenza nei confronti delle loro vittime (Zara & Farrington, 2016). Si tratta infatti di una forma di empatia compartmentalizzata (Zara, 2018) per cui il maltrattante, pur potendo essere un competente professionista, un collega collaborativo, un vicino affidabile, dentro le mura domestiche manifesta invece una forma disempatica marcata rivolta, per esempio, alla persona con cui ha una relazione intima e affettiva, verso cui agisce controllo, aggressività, frustrazione e violenza (Gino et al., 2019; Zara et al., 2019).
- **EPA-SSF (Elemental Psychopathy Assessment-Super Short Form)** (Lynam et al., 2011). Si tratta di uno strumento self-report per la misura delle caratteristiche sottili associabili a tratti psicopatici nella vita quotidiana. Lo strumento è costituito da 18 item, valutati su una scala Likert a 7 punti (dove 1 = Fortemente in disaccordo e 7 = Fortemente d'accordo). Sono tre le sottoscale che compongono lo strumento: *Antagonismo* che misura il comportamento interpersonale caratterizzato da arroganza, scortesia, diffidenza, freddezza, incostanza, insensibilità, manipolazione; *Disinibizione* che riguarda aspetti di discontrollo comportamentale, con condotte caratterizzate da avventatezza, ostilità, rabbia, ricerca del brivido, urgenza; *Stabilità emotiva* che riguarda aspetti affettivi di noncuranza nei confronti

degli altri (significativi e non) relative ad autocompiacimento, non curanza, sicurezza di sé, nonché di invulnerabilità alle situazioni stressanti e predominio all'interno dei gruppi sociali.

- **MCSDS (*Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*)** (Barger, 2002; Crowne & Marlowe, 1960). La scala di desiderabilità sociale Marlowe-Crowne (MC-SDS) è un questionario self-report che valuta il livello di interesse delle persone intervistate all'approvazione sociale e rileva la tendenza delle persone a compiacere l'interlocutore e ad allinearsi a norme e convenzioni sociali, rappresentandosi in termini positivi e preoccupandosi di restituire una buona immagine di sé. Un numero elevato di risposte socialmente desiderabili indica che il rispondente è generalmente interessato all'approvazione sociale e conforme alle convenzioni sociali.
- **PAS (*Personality Assessment Screener*)** (Morey 2015). Il PAS è un questionario autosomministrato che permette uno screening di un'ampia gamma di problematiche cliniche. Lo strumento contiene 22 item strutturati secondo un criterio gerarchico in un punteggio totale (PAS Totale) e 10 differenti "elementi" che rappresentano domini distinti di problemi clinici (le scale del test). È uno strumento utile da somministrare in ambiti specifici, in cui potrebbero essere necessarie successive valutazioni di approfondimento nel caso in cui emergano degli aspetti di problematicità in alcune aree. È stato osservato che il punteggio PAS Totale mostra correlazioni positive con numerose problematiche cliniche misurate con altri strumenti: ciascuna scala clinica di PAI, MCMI-III e SCL-90-R, infatti, correla positivamente con il punteggio PAS Totale.
- **MRNI-SF (*Male Role Norms Inventory-Short Form*)** (Levant, Hall, Rankin, 2013). Tenendo conto dell'associazione tra atteggiamenti verso il genere e atteggiamenti verso la violenza contro le donne, evidenziati in letteratura, il test consente di misurare la tendenza ad aderire all'ideologia tradizionale maschile in sette diverse dimensioni attraverso il grado di accordo o disaccordo con 21 affermazioni che riguardano le donne, gli uomini e le loro relazioni nella società.
- **ASI (*Ambivalent Sexism Inventory*)** (Glick & Fiske, 1996). Si tratta di uno strumento self-report che misura il grado di disaccordo con 22 affermazioni che riguardano le donne, gli uomini e le loro relazioni nella società. Lo strumento è utile per la rilevazione del costrutto di *sessismo ambivalente*, inteso come una reazione sessista nei confronti delle donne attraverso due diverse manifestazioni: un *sessismo ostile*, manifesto e dichiaratamente avverso alle donne e un *sessismo più benevolo*, subdolo e apparentemente favorevole nei confronti delle donne.
- **SARA-S (*Spousal Assault Risk Assessment - Screening*)** per la valutazione clinica e diagnostica del rischio di recidiva, attraverso 10 principali fattori di rischio del reo e 5 fattori di vulnerabilità della vittima. In linea con le raccomandazioni della Convenzione di Istanbul - che sottolineano la necessità di procedere ad un'attenta valutazione e gestione del rischio di reiterazione dei comportamenti violenti (art.51) - si è deciso di integrare l'operatività dei professionisti del servizio LDV con l'applicazione del metodo SARA - Screening per la valutazione del rischio - condividendo, con il gruppo di lavoro, un approccio alla valutazione del rischio in un'ottica psico-sociale e l'assunto che agire la violenza all'interno delle relazioni intime è una scelta influenzata da una serie di circostanze e motivazioni ovvero fattori psico-sociali su cui è possibile intervenire per contrastare il rischio di recidiva. L'applicazione dello strumento SARA-S, ad oggi, è già prassi operativa anche per la messa a punto di programmi trattamentali rivolti agli autori di comportamenti violenti in IPV in quanto esso consente di individuare i fattori correlati al rischio di recidiva e di valutare se la loro presenza potrebbe anche in futuro influenzare la scelta del soggetto di agire comportamenti violenti; entrambi questi ultimi aspetti cruciali per la pianificazione e gestione dell'intervento più appropriato (Baldry & Rodontini, 2013; Baldry, 2016; Baldry & Rodontini, 2018; Baldry

& Winkel, 2008). Si tratta di un test già ampiamente sperimentato a livello nazionale e internazionale. Lo strumento nella sua *versione screening* - SARA-S (*Spousal Assault Risk Assessment-Screening*, Baldry & Winkel, 2008), già ampiamente affermato come valida procedura nella valutazione del rischio e validato in Italia, si è rivelato valido strumento non solo per le forze dell'ordine, per i centri antiviolenza, la magistratura ed i servizi sociali ma anche *per la messa a punto di programmi trattamentali* che coinvolgono l'autore di comportamenti violenti nella relazione intime. La valutazione del rischio di recidiva è un passo fondamentale in direzione della prevenzione e contrasto alla reiterazione della violenza. Il rischio è specifico al contesto e dunque non è possibile conoscere con certezza il livello di rischio di una persona che si può stimare a partire da una serie di elementi/fattori da raccogliere.

Le valutazioni delle partner/ex partner sono state raccolte attraverso i seguenti strumenti psicologici:

- **CTS (*Conflict Tactics Scale*) per la vittima.** Si tratta di 39 items con una scala Likert 0-7, di facile compilazione.

La *Tabella 2* mostra in quale fase della ricerca – e contestualmente del percorso trattamentale – sono stati somministrati i test. La durata del percorso trattamentale è di circa un anno (T1). Sono previsti follow-up a 6, 12, 24 mesi.

T0 (baseline)	1° colloquio	VASDE CORE-OM CTS-2-A BES-adattata MCDS	
	2° colloquio		PAS EPA-SSF
	3° colloquio		MRNI-SF ASI-SFA
	4°-5° colloquio		SARA-S
T1 (endline)		- CORE-OM - CTS-2-A - BES-adattata - ASI-SF - SARA	

Tabella 2. Questionari somministrati a T0 e T1 sulla base del disegno di ricerca

GRUPPO DI CONFRONTO

Per comprendere le specifiche isolabili degli uomini presi in carico dal Centro LDV rispetto alla popolazione generale, in particolare dal punto di vista delle caratteristiche psico-sociali e culturali, si è affiancato lo studio sugli autori di violenza con un gruppo di confronto randomizzato della popolazione residente a Modena e Provincia di Modena a cui è stato somministrato un questionario online. Tale gruppo è stato costituito sulla base di alcune caratteristiche sociodemografiche – genere, età e residenza – analoghe a quelle del gruppo dei 43 autori di violenza di genere. Il questionario online è stato diffuso alla popolazione generale attraverso una locandina (*Allegato A*) affissa sulle porte degli ambulatori dei MMG (Medici di Medicina Generale) di

Modena e Provincia che hanno aderito alla ricerca. Nello specifico, gli uomini utenti dei MMG interessati a partecipare alla ricerca, potevano connettersi a un QR CODE e ad un indirizzo aziendale, entrambi scritti sulla locandina, e procedere alla compilazione. Contemporaneamente la survey è stata inoltre resa disponibile online sugli indirizzi aziendali AUSL dal 1 al 31 luglio 2022.

A tale gruppo di confronto sono stati somministrati, attraverso survey online, alcuni specifici test già somministrati agli utenti di LDV, ed in particolare i seguenti:

- MRNI-SF (*Male Role Norms Inventory – Short Form*);
- ASI (*Ambivalent Sexism Inventory*);
- MCSDS (*Marlowe–Crowne Social Desirability Scale*).

La *Tabella 3* mostra un confronto fra le caratteristiche sociodemografiche del campione composto dai 43 partecipanti a questa ricerca e quelle del gruppo di controllo costituito da 99 soggetti appartenenti alla “popolazione generale”².

	Autori di violenza		Gruppo di controllo	
	n	%	n	%
Nazionalità				
Italiana	38	88,37%	96	96,97%
Straniera	5	11,63%	3	3,03%
Titolo di studio				
Licenza media	22	51,16%	3	3,03%
Diploma di maturità	18	41,86%	40	40,40%
Laurea	3	6,98%	56	56,67%
Stato civile				
Sposato/convivente	20	46,51%	67	67,68%
Single	14	32,56%	16	16,16%
Separato/divorziato/vedovo	5	11,63%	6	6,06%
Fidanzato	4	9,30%	10	10,10%
Figli				
Sì	22	51,16%	51	51,52%
No	21	48,48%	48	48,48%
Stato occupazionale				
Occupato	41	95,35%	90	90,91%
Disoccupato	1	2,33%	8	8,08%
Pensionato	1	2,33%	1	1,01%
Attività lavorativa				
Professioni intellettuali e scientifiche	3	7,32%	35	38,89%
Professioni esecutive nel lavoro d'ufficio	6	14,63%	17	18,89%
Professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi	4	9,76%	15	16,67%
Professioni tecniche	1	2,44%	14	16,67%
Legislatori imprenditori e alta dirigenza	-	-	4	4,44%
Artigiani, operai specializzati e agricoltori	25	60,98%	2	2,22%
Professioni non qualificate	0	0,00%	2	2,22%
Conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili e conducenti di veicoli	2	4,88%	-	-
Forze armate	-	-	-	-

Tabella 3. Dati sociodemografici gruppo di ricerca e gruppo di confronto

² Con il termine “popolazione generale” si intende la popolazione ufficialmente non maltrattante.

ANALISI DEI DATI

Di seguito verranno riportati alcuni risultati emersi da questa ricerca. Occorre sottolineare che si tratta di uno studio pilota di natura descrittiva che, pur non consentendoci di fare inferenza statistica, ci permette di tracciare alcune caratteristiche dei maltrattanti indagate attraverso la testistica utilizzata. I ricercatori sono consapevoli, della limitata numerosità campionaria (43 soggetti). Va tuttavia considerata la difficoltà in questo contesto di intercettare gli autori di violenza. Più nello specifico all'interno dello spettro di uomini che agiscono violenza, quelli che acquistano la consapevolezza di avere un problema rappresentano solo una minoranza. Infine, tra questi ultimi solo una minima parte decide di chiedere aiuto a centri come quello di LDV.

Le analisi descrittive dei risultati delle testistiche somministrate ai pazienti arruolati, sono state condotte dall'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale. I questionari sono stati analizzati in forma aggregata e anonima.

Le opportune statistiche descrittive sono state elaborate sia in riferimento ai singoli questionari sia in riferimento ai singoli pazienti. Per la descrizione degli score dei singoli questionari e delle relative dimensioni sono state elaborate le distribuzioni di frequenza delle risposte e sono state calcolate la media, la mediana, il primo e il terzo quartile. La bassa numerosità del campione ha consentito di fornire una fotografia della condizione di ogni singolo paziente per il quale sono state calcolate le più opportune statistiche descrittive. La presenza di questionari somministrati in due momenti (T0 e T1) ha consentito per questi questionari una valutazione ripetuta. In questi casi le statistiche descrittive sono state calcolate sia per il tempo T0 che per il tempo T1. Tutte le analisi sono state ripetute per i questionari e per le dimensioni delle vittime. Anche in questo caso le opportune statistiche descrittive sono state elaborate sia in riferimento ai singoli questionari sia in riferimento ai singoli pazienti.

AUTORE	T0			T1		
	N QUESTIONARI TOTALI	N questionari validi	N questionari non validi	N QUESTIONARI TOTALI	N questionari validi	N questionari non validi
ASI	43	26	17	8	8	0
BES	43	36	7	10	10	0
CORE_OM	43	40	3	8	8	0
CTS_2_A	43	42	1	7	7	0
EPA_SSF	43	36	7	0	0	0
MCSDS	43	41	1	0	0	0
MRNI_SF	43	32	9	10	8	2
PAS	43	32	9	0	0	0
SARA	43	43	0	11	11	0

Tabella 4A. Numero di questionari validi (T0 e T1) autore

	N QUESTIONARI TOTALI	N questionari validi	N non validi
CTS_2_V (0-273)	15	15	0
PAS_OBS (0-66)	15	10	5

Tabella 4B. Numero di questionari validi (T0) vittima

	T0				T1			
	Quartile inferiore	Mediana	Quartile superiore		Quartile inferiore	Mediana	Quartile superiore	Media
ASI (0-60)	21	26	33	26.33	31	35	37	33.75
BES (20-100)	64	74	78	71.11	72	74	84	75.83
CORE_OM (0-136)	18	34	49	34.05	9	15	24	16.25
EPA_SSF (18-126)	47	53	64	54.35				
MCSDS (0-13)	7	9	11	8.83				
MRNI_SF (21-147)	39	52	60	54.63	50	60	72	60

Tabella 5. Misure di posizione della somma delle risposte fornite dai pazienti durante la prima somministrazione del questionario (T0). Per il dettaglio vedere tabella 19

***Nota.** Poiché i ricercatori non hanno considerato opportuno per PAS e CTS (autore e vittima) utilizzare le misure di posizione (media, mediana, primo e terzo quartile), per ciascun individuo (autore/vittima) viene mostrata per ogni item di CTS (39) la risposta dicotomizzata (mai =0 e diverso da mai=1) mentre per PAS viene mostrato l'output del software per le 10 dimensioni mentre è stata dicotomizzata la PAS totale (>13 e > 16).

Dimensione	Media Dimensione	% di risposta "Almeno una volta"
Violenza fisica	5.86	91.28%
Violenza psicologica	4.2	91.87%
Violenza sessuale	6.76	99.50%

Tabella 6A. Autore: descrittive CTS-2A per dimensione

Id paziente	Violenza fisica		Violenza psicologica		Violenza sessuale	
	% Risposte "Almeno una volta"	% risposte e "Mai"	% Risposte "Almeno una volta"	% risposte "Mai"	% Risposte "Almeno una volta"	% risposte "Mai"
2	77.78	22.22	85.71	14.29	100.00	0.00
3	83.33	16.67	89.29	10.71	100.00	0.00
4	88.89	11.11	92.86	7.14	100.00	0.00
5	100.00	0.00	92.86	7.14	100.00	0.00
7	100.00	0.00	85.71	14.29	100.00	0.00
9	66.67	33.33	71.43	28.57	100.00	0.00
11	97.22	2.78	100.00	0.00	100.00	0.00
12	88.89	11.11	71.43	28.57	100.00	0.00
14	100.00	0.00	96.43	3.57	100.00	0.00
15	88.89	11.11	85.71	14.29	100.00	0.00
17	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00
19	100.00	0.00	78.57	21.43	100.00	0.00

20	100.00	0.00	85.71	14.29	100.00	0.00
21	97.22	2.78	96.43	3.57	92.86	7.14
24	91.67	8.33	89.29	10.71	100.00	0.00
25	75.00	25.00	89.29	10.71	100.00	0.00
27	83.33	16.67	100.00	0.00	100.00	0.00
29	91.67	8.33	96.43	3.57	100.00	0.00
31	94.44	5.56	100.00	0.00	100.00	0.00
32	83.33	16.67	78.57	21.43	100.00	0.00
33	94.44	5.56	85.71	14.29	100.00	0.00
34	100.00	0.00	92.86	7.14	100.00	0.00
35	100.00	0.00	92.86	7.14	100.00	0.00
36	77.78	22.22	85.71	14.29	85.71	14.29
37	100.00	0.00	89.29	10.71	100.00	0.00
38	86.11	13.89	100.00	0.00	100.00	0.00
39	55.56	44.44	92.86	7.14	100.00	0.00
40	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00
41	94.44	5.56	92.86	7.14	100.00	0.00
44	83.33	16.67	100.00	0.00	100.00	0.00
45	100.00	0.00	71.43	28.57	100.00	0.00
46	100.00	0.00	92.86	7.14	100.00	0.00
48	66.67	33.33	92.86	7.14	100.00	0.00
49	94.44	5.56	100.00	0.00	100.00	0.00
51	94.44	5.56	78.57	21.43	100.00	0.00
52	100.00	0.00	92.86	7.14	100.00	0.00
53	94.44	5.56	100.00	0.00	100	0
54	72.22	27.78	100.00	0.00	100	0
55	94.44	5.56	100.00	0.00	100	0
57	100.00	0.00	100.00	0.00	100	0
59	88.89	11.11	92.86	7.14	100	0
61	100.00	0.00	85.71	14.29	100	0
62	86.11	13.89	100.00	0.00	100	0

Tabella 6B. Autore: percentuale di risposte "mai" e "almeno una volta" date da ogni paziente-CTS-2°

Dimensione	Media Dimensione	% di risposta "Almeno una volta"
Violenza fisica	5.86	48.61%
Violenza psicologica	4.2	80.80%
Violenza sessuale	6.76	19.42%

Tabella 7A. Vittima: descrittive di CTS-2A per dimensione

Id Vittima	Violenza fisica	Violenza psicologica			Violenza sessuale	
	% Risposte "Almeno una volta"	% risposte "Mai"	% Risposte "Almeno una volta"	% risposte "Mai"	% Risposte "Almeno una volta"	% risposte "Mai"
6	55.56	44.44	71.43	28.57	14.29	85.71
10	44.44	55.56	92.86	7.14	14.29	85.71
13	61.11	38.89	92.86	7.14	14.29	85.71
16	77.78	22.22	92.86	7.14	0.00	100.00
18	44.44	55.56	71.43	28.57	0.00	100.00
22	11.11	88.89	100.00	0.00	0.00	100.00
26	94.44	5.56	92.86	7.14	100.00	0.00
28	27.78	72.22	50.00	50.00	14.29	85.71
30	77.78	22.22	92.86	7.14	28.57	71.43
42	27.78	72.22	92.86	7.14	0.00	100.00
43	38.89	61.11	64.29	35.71	0.00	100.00
47	0.00	100.00	50.00	50.00	0.00	100.00
50	66.67	33.33	92.86	7.14	0.00	100.00
56	55.56	44.44	71.43	28.57	28.57	71.43
58	5.56	94.44	71.43	28.57	14.29	85.71
60	88.89	11.11	92.86	7.14	85.71	14.29

Tabella 7B. Vittima: percentuale di risposte "mai" e "almeno una volta" date da ogni paziente-CTS2A

id	PAS										TOTALE
	Affettività negativa	Acting out	Problemi di salute	Tratti psicotici	Ritiro sociale	Controllo ostile	Pensiero suicidario	Alienazione	Problemi con l'alcol	Controllo della rabbia	
2	2	3	1	0	0	1	0	4	3	1	15
3	4	0	2	0	6	1	0	3	0	0	16
4	4	2	3	1	0	3	1	1	2	2	19
5	0	5	1	0	2	3	0	2	2	0	15
9	1	2	4	2	2	4	0	2	3	2	22
11	2	0	1	2	4	4	0	1	1	2	17
15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
17	4	4	1	4	1	4	2	1	0	2	23
19	2	1	0	0	2	3	0	1	0	0	9
20	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3
21	6	6	1	1	2	4	0	1	3	1	25
24	4	0	1	1	4	1	0	4	2	2	19
25	5	0	0	0	5	1	0	2	3	2	18
29	4	1	1	0	1	1	1	3	0	4	16
32	4	1	0	1	2	4	0	1	0	4	17
33	5	2	2	0	0	3	0	1	0	2	15

34	7	3	0	6	3	6	1	3	0	5	34
35	3	3	0	3	3	3	0	3	3	3	24
36	3	0	0	1	5	3	0	0	3	1	16
37	0	3	0	1	3	2	0	1	3	3	16
38	4	3	0	1	2	4	0	2	3	2	21
39	4	5	0	0	3	3	0	0	3	1	19
40	7	6	0	0	1	4	0	1	3	1	23
44	7	4	0	0	0	3	1	2	5	4	26
52	6	2	1	3	3	3	0	4	2	4	28
53	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	6
54	5	4	1	3	1	3	0	4	4	2	27
55	2	5	4	0	-1	4	3	1	0	4	22
59	5	7	0	2	4	5	0	3	4	4	34
62	5	0	0	1	5	3	0	3	0	3	20

Tabella 8A. *Punteggio PAS nelle dimensioni e totale*

	N	%
Pass totale >16	19	63.33

Tabella 8B. *Punteggio PAS dicotomizzato rispetto ad un totale >16*

	N QUESTIONARI TOTALI	N questionari validi	N non validi
CTS_2_V (0-273)	15	15	0
PAS_OBS (0-66)	30	30	0

Tabella 9. *Numero di questionari finali validi (T1)*

Id paziente	ASI 0-60	BES 20-100	COREOM 0-136	MRNISF 21-147	EPASSF 18-126	MCSDS 0-13
2	24	75	38	58	62	9
3	15	59	34	44	24	8
4	25	75	34	34	54	7
5	17	60	22	35	47	12
7		77				6
9	33	49	32	61	69	7
11	26	61	52	45	57	12
12		65	35			8
14		75	70			12

15	31	67	27	52	53	9
17	29	80	42	47	51	11
19		78	13	71	53	10
20		84	38	24	45	12
21	27	70	67	59	56	4
24	43	77	51	100	57	10
25	32	71	49	58	51	7
27		79	12	60	47	10
29		63	62	40	63	8
31		77	5	35	35	12
32	22	70	17	56	73	11
33	21	75	23	39	45	13
34		61	60	119	82	4
35	31	61	20	91	48	10
36		65	29			9
37	33	68	18	33	42	9
38	9	74	16	35		7
39	47			115	54	12
40	3	85	14	27	48	7
41	38	79	49	76	65	7
44		62		38	52	4
45			41		79	9
46		85	12			13
48			53			10
49			32	56	58	9
51	25	78	49	47	39	11
52	23	77	39	47	64	3
53	26	87	26	52	49	11
54	22	64	18		42	7
55	31	66	43	39	72	2
57	16	63	10	55	69	10
59	33	73	42		43	10
61		75	29			5
62	32	72	80	42	41	6

Tabella 10A. Somma dei punteggi iniziali dei pazienti

ID_Anag	MRNI_SF	ASI	BES	CORE_OM
3	43	9	57	21
5	27	13	63	14
11	50	29	72	
14	54	26	85	29
17				
19	72		74	20
20	24		84	9
21	59	36	85	
24	94	37	73	28
25	61	33	67	8
29	57	31	70	25
37				
38				
62				

Tabella 10B. Somma dei punteggi finali dei pazienti (T1)

	T0				T1			
	Quartile inferiore	Mediana	Quartile superiore	Media	Quartile inferiore	Mediana	Quartile superiore	Media
ASI (0-5)	1	2	3	2.25	2	3	4	2.81
BES (1-5)	3	4	4	3.60	3	4	4	3.79
CORE_OM (1-4)	0	1	2	1.00	0	0	1	0.48
EPA_SSF (1-7)	1	2	5	3.03
MCSDS (0-1)	0	1	1	0.68
MRNI_SF (1-7)	1	2	4	2.63	1	3	4	2.88

Tabella 11A. Misure di posizione delle risposte dei pazienti (T0 e T1).

Id paziente	MCSDS 0-1	ASI 0-5	BES 1-5	COREOM 0-4	EPASSF 1-7	MRNISF 1-7
2	1	2	4	1	3	3
3	1	1	3	1	1	1
4	1	2	4	1	3	1
5	1	1	3	0	1	1
7	0		4			
9	1	3	3	1	4	2
11	1	2	3	2	3	2
12	1		3	0		
14	1		4	2		
15	1	4	4	0	1	4
17	1	2	4	1	2	1
19	1		4	0	2	4
20	1		5	1	1	1
21	0	2	4	2	3	2
24	1	3	4	2	3	5
25	1	2	4	1	2	2
27	1		4	0	1	1
29	1		3	2	3	1
31	1		4	0	1	1
32	1	2	4	0	4	3
33	1	1	4	0	1	1
34	0		3	2	6	7
35	1	3	4	0	2	5
36	1		4	0		
37	1	4	4	0	1	1
38	1	1	4	0		1
39	1	4			1	7
40	1	0	5	0	2	1
41	1	3	4	1	4	4
44	0		3		3	1
45	1			1	4	
46	1		5	0		
48	1			2		
49	1			0	4	1
51	1	2	4	1	1	1
52	0	2	4	1	4	2
53	1	2	5	0	1	1
54	1	1	3	0	1	
55	0	2	3	1	3	2
57	1	2	4	0	3	1
59	1	3	4	1	2	
61	0		4	1		
62	0	2	3	3	2	1

Tabella 11B. Mediana dei punteggi iniziali dei pazienti (T0)

ID paziente	MRNI_SF	ASI	BES	CORE_OM
3	1	1	2	0
5	1	1	3	0
11	2	2	4	
14			4	1
17				
19	3		4	0
20	1		5	0
21	1	3	5	
24	4	3	4	1
25	3	3	3	0
29	2	3	4	1
37				
38				

Tabella 11C. Mediana dei punteggi finali dei pazienti (T1).

		Q1	Mediana	Q2	Media
ASI	Sessismo Benevolente	0	18	23	13.2
	Sessismo Ostile	0	23	26	15.2
BES	Sfera affettiva	25	27	27	25.6
	Sfera cognitiva	28	32	33	30.6
CORE_OM	benessere soggettivo	0	14	23	12.17
	funzionamento	0	8	16	8.78
	rischio	25	28	30	25.49
	sintomi problemi	26	29	30	25.83
EPA_SSF	Antagonismo	19	25	30	22.32
	Disinibizione	6	12	17	11.73
	Stabilità emotiva	16	22	24	18.11
MCSDS	Totale	20	21	22	20.67
MRNI_SF	F1	3	6	8	5.46
	F2	3	12	13	8.99
	F3	0	3	6	4.80
	F4	3	5	9	6.21
	F5	3	3	9	5.97
	F6	3	3	3	3.41
	F7	3	6	11	6.66

Tabella 12. Descrittive per sfera - Somministrazione iniziale

		Q1	Mediana	Q2	Media
ASI	Sessismo Benevolente	17	20	21	19.31
	Sessismo Ostile	12	17	19	16
BES	Sfera affettiva	39	39	40	40
	Sfera cognitiva	34	35	40	36.6
CORE_OM	benessere soggettivo	3	4	5	4.24
	funzionamento	1	5	10	5.75
	rischio	0	0	2	1
	sintomi problemi	1	4	9	5.25
MRNI_SF	F1	3	10	11	8.61
	F2	6	11	12	10.22
	F3	3	6	6	7.43
	F4	7	12	13	10.01
	F5	9	10	12	10.40
	F6	3	8	8	6.22
	F7	6	11	13	9.21

Tabella 13. Descrittive per sfera - Somministrazione finale

A partire dalla tabella 4a viene riportata la distribuzione di frequenza delle risposte registrate all'interno di ciascuna dimensione. Le frequenze si riferiscono al numero di risposte registrate in riferimento ad ogni modalità tra tutti gli item che compongono la batteria di domande che determina ogni singola dimensione. Là dove il dato lo ha reso possibile, le tabelle sono state realizzate sia per la rilevazione in fase iniziale sia per la rilevazione in fase finale.

	SESSISMO BENEVOLENTE		SESSISMO OSTILE	
	N	%	N	%
0	12	8.89	24	18.15
1	24	17.78	45	34.09
2	21	15.56	26	19.73
3	33	24.44	20	15.15
4	26	19.26	14	10.61
5	19	14.07	3	2.28

Tabella 14A. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. ASI Iniziale

	SESSISMO BENEVOLENTE		SESSISMO OSTILE	
	N	%	N	%
0	1	5.56	1	5.57
1	3	16.67	2	11.12
2	1	5.56	4	22.22
3	2	11.11	8	44.44
4	8	44.44	1	5.54
5	3	16.67	2	11.11

Tabella 14B. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. ASI Finale

	SFERA AFFETTIVA		SFERA COGNITIVA	
	N	%	N	%
1	30	7.43	11	3.36
2	60	14.85	24	7.34
3	85	21.04	63	19.27
4	139	34.41	164	50.15
5	90	22.28	65	19.88

Tabella 15A. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. BES Iniziale

	SFERA AFFETTIVA		SFERA COGNITIVA	
	N	%	N	%
1	1	1.82		
2	9	16.36	2	4.44
3	13	23.64	7	15.56
4	18	32.73	22	48.89
5	14	25.45	14	31.11

Tabella 15B. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. BES finale

	BENESSERE SOGGETTIVO		FUNZIONAMENTO		RISCHIO		SINTOMI PROBLEMI	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	41	26.97	189	41.54	211	92.95	206	45.27
1	37	24.34	125	27.47	13	5.73	93	20.44
2	30	19.74	70	15.38	1	0.44	82	18.02
3	28	18.42	45	9.89	1	0.44	57	12.53
4	16	10.53	26	5.71	1	0.44	17	3.74

Tabella 16A. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. CORE-OM Iniziale

	BENESSERE SOGGETTIVO		FUNZIONAMENTO		RISCHIO		SINTOMI PROBLEMI	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	9	56.25	30	62.5	23	95.83	30	62.5
1	3	18.75	16	33.33			15	31.25
2							3	6.25
3	2	12.5	1	2.08				
4	2	12.5	1	2.08	1	4.17		

Tabella 16B. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. CORE-OM finale

	ANTAGONISMO		DISINIBIZIONE		STABILITÀ EMOTIVA	
	N	%	N	%	N	%
1	122	45.02	68	40	21	12.35
2	51	18.82	31	18.24	26	15.29
3	18	6.64	8	4.71	21	12.35
5	39	14.39	19	11.18	27	15.88
4	20	7.38	21	12.35	20	11.76
6	5	1.85	15	8.82	32	18.82
7	16	5.9	8	4.71	23	13.53

Tabella 17. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. EPA-SSF iniziale

TOTALE		
	N	%
0	171	32.08
1	362	67.92

Tabella 18. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. MCSDS iniziale

	F1		F2		F3		F4		F5		F6		F7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	39	42.39	20	21.74	57	63.33	34	37.36	47	50.54	71	76.34	33	35.48
2	20	21.74	4	4.35	13	14.44	18	19.78	3	3.23	12	12.9	10	10.75
3	12	13.04	8	8.7	2	2.22	12	13.19	12	12.9	3	3.23	13	13.98
4	8	8.7	21	22.83	4	4.44	7	7.69	14	15.05	3	3.23	20	21.51
5	5	5.43	16	17.39	1	1.11	7	7.69	7	7.53	2	2.15	6	6.45
6	4	4.35	9	9.78	4	4.44	6	6.59	5	5.38			6	6.45
7	4	4.35	14	15.22	9	10	7	7.69	5	5.38	2	2.15	5	5.38

Tabella 19A. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. MNRI-SF Iniziale

	F1		F2		F3		F4		F5		F6		F7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	6	40	2	13.33	6	40	3	20	3	20	6	40	5	33.33
2	1	6.67	4	26.67	6	40	2	13.33	1	6.67	2	13.33		
3	2	13.33	1	6.67			3	20	3	20	7	46.67	4	26.67
4	3	20	4	26.67			3	20	6	40			3	20
5	1	6.67	2	13.33			2	13.33					1	6.67
6	2	13.33	2	13.33	2	13.33	2	13.33					2	13.33
7					1	6.67			2	13.33			4	26.67

Tabella 19B. Distribuzione di frequenza delle modalità di risposta. MNRI SF finale

Paziente	ASI	BES	CORE-OM	CTS2-A	EPA_SSF	MCSDS	MRNI_SF	PAS	Inviante	Recidiva
2	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
3	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Spontaneo	NO
4	12*	20*	34*	38*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
5	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
7		20*		39*		13*			Non spontaneo	NO
9	12*	15	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	Recidiva
11	12*	20*	34*	39*	18*	13*	20*	22*	Non spontaneo	NO
12		20*	34*	39*		13*			Non spontaneo	Recidiva
14		20*	34*	39*		13*			Non spontaneo	NO
15	8	17*	34*	36	17*	13*	15	21*	Non spontaneo	Recidiva
17	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Spontaneo	Recidiva

19		20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
20		20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
21	12*	20*	32*	39*	18*	13*	21*	22*	Spontaneo	Recidiva
24	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
25	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	Recidiva
27		20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
29		20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
31		20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
32	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
33	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
34		20*	34*	38*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
35	12*	20*	34*	39*	18*	13*	20*	22*	Non spontaneo	NO
36		20*	34*	39*		13*		22*	Non spontaneo	NO
37	12*	20*	33*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
38	12*	20*	34*	39*		13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
39	12*			37	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
40	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Spontaneo	NO
41	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
44		20*		39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
45			34*	39*	18*	13*		22*	Non spontaneo	Recidiva
46		20*	34*	39*		13*		22*	Non spontaneo	NO
48			34*	39*		13*		22*	Non spontaneo	NO
49			34*	38*	17*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
51	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
52	12*	20*	34*	38*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
53	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Spontaneo	NO
54	12*	19*	34*	33	18*	13*		22*	Non spontaneo	NO
55	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Spontaneo	Recidiva
57	7	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Non spontaneo	NO
59	12*	20*	34*	39*	18*	13*		22*	Non spontaneo	NO

61		20*	34*	39*		13*		22*	Non spontaneo	NO
62	12*	20*	34*	39*	18*	13*	21*	22*	Spontaneo	NO
Totale	303	731	1289	1584	610	533	664	703		

Nota:* questionario valido. ¹ L'assenza del valore nella cella indica che il dato è mancante.

Tabella 20A. Numero di risposte per paziente e validità del questionario in base al numero massimo di missing ammessi. T0

ID paziente	MRNI_SF	ASI	BES	CORE_OM
3	21*	12*	20*	34*
5	21*	12*	20*	34*
11	20*	12*	20*	
14			20*	34*
17				
19	21*		20*	34*
20	21*		20*	34*
21	21*	12*	20*	
24	21*	12*	20*	34*
25	21*	12*	20*	34*
29	21*	12*	20*	34*
37				
38				

Nota:* questionario valido

Tabella 20B. Numero di risposte per paziente e validità del questionario in base al numero massimo di missing ammessi. T1.

Id paziente	CTS_2_V	PAS_OBS
6	39*	22*
10	38*	22*
13	39*	22*
16	39*	22*
18	39*	22*
22	39*	22*
26	39*	
28	39*	22*
30	39*	22*
42	39*	22*
43	39*	
47	39*	
50	39*	
56	37*	22*
58	38*	
60	39*	
Totale	620	220

Nota:* questionario valido

Tabella 20C. Numero di risposte per vittima e validità del questionario in base al numero massimo di missing ammessi.

	T0				T1	
	Passato		Attuali		Attuali	
	N	%	N	%	N	%
Violenze Fisiche Sessuali						
Non Presente	13	30.23	33	76.74	3	27.27
Omesso	0	0.00	1	2.33	0	0.00
Presente	28	65.12	9	20.93	8	72.73
Prob./Parz. Presente	2	4.65	0	0.00		
Gravi Minacce						
Non Presente	27	62.79	36	83.72	7	63.64
Omesso	1	2.33	2	4.65	0	0.00
Presente	10	23.26	4	9.30	3	27.27
Prob./Parz. Presente	5	11.63	1	2.33	1	9.09
Escalation						
Non Presente	20	46.51	31	72.09	8	72.73
Omesso	1	2.33	2	4.65	0	0.00
Presente	15	34.88	9	20.93	2	18.18
Prob./Parz. Presente	7	16.28	1	2.33	1	9.09
Violazione Misure						
Non Presente	39	90.7	40	93.02	11	100.00
Omesso	2	4.66	1	2.33	0	0.00
Presente	1	2.33	2	4.65	0	0.00
Prob./Parz. Presente	1	2.33	0	0.00	0	0.00
Atteggiamenti Negativi						
Non Presente	13	30.23	17	39.53	5	45.45
Omesso	0	0.00	1	2.33	0	0.00
Presente	25	58.14	17	39.53	6	54.55
Prob./Parz. Presente	5	11.63	8	18.60	0	0.00
Precedenti Penali						
Non Presente	38	88.37	42	97.67	9	81.82
Omesso	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Presente	5	11.63	1	2.33	2	18.18
Prob/Parz Presente	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Problemi Relazionali						
Non Presente	18	41.86	22	51.16	5	45.45
Omesso	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Presente	22	51.16	18	41.86	5	45.45
Prob./Parz. Presente	3	6.98	3	6.98	1	9.09

Problemi Lavoro Finanzia						
Non Presente	35	81.4	37	86.05	9	81.82
Omesso	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Presente	6	13.95	3	6.97	2	18.18
Prob./Parz. Presente	2	4.65	3	6.97	0	0.00
Abuso Sostanze						
Non Presente	33	76.74	41	95.35	7	63.64
Omesso	2	4.65	1	2.33	0	0.00
Presente	4	9.3	0	0.00	2	18.18
Prob./Parz. Presente	4	9.3	1	2.33	2	18.18
Disturbi Mentali						
Non Presente	35	81.4	35	81.4	8	72.73
Omesso	1	2.33	1	2.33	0	0.00
Presente	2	4.65	1	2.33	2	18.18
Prob./Parz. Presente	5	11.63	6	13.95	1	9.09
Condotta Incoerente						
Non Presente	14	32.56	17	39.53	3	27.27
Omesso	17	39.53	17	39.53	7	63.64
Presente	5	11.63	5	11.63	1	9.09
Prob./Parz. Presente	7	16.28	4	9.30	0	0.00
Estremo Terrore						
Non Presente	17	39.53	19	44.19	4	36.36
Omesso	18	41.86	16	37.21	7	63.64
Presente	2	4.65	2	4.65	0	0.00
Prob./Parz. Presente	6	13.95	6	13.95	0	0.00
Sostegno Inadeguato						
Non Presente	21	48.84	21	48.84	4	36.36
Omesso	18	41.86	18	41.86	7	63.64
Presente	1	2.33	1	2.33	0	0.00
Prob./Parz. Presente	3	6.98	3	6.98	0	0.00
Sicurezza						
Non Presente	19	44.19	18	41.86	4	36.36
Omesso	18	41.86	18	41.86	7	63.64
Presente	3	6.98	3	6.98	0	0.00
Prob./Parz. Presente	3	6.98	4	9.30	0	0.00
Salute Psicofisica						
Non Presente	18	41.86	18	41.86	2	18.18
Omesso	20	46.51	19	44.19	7	63.64

Presente	0	0.00	1	2.33	0	0.00
Prob./Parz. Presente	5	11.63	5	11.63	2	18.18
Armi						
Non Presente	40	93.02	40	93.02	10	90.91
Omesso	3	6.98	3	6.98	1	9.09
Presente	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Prob./Parz. Presente	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Bambini Testimoni						
Non Presente	18	41.86	26	60.47	6	54.55
Omesso	11	25.58	11	25.58	4	36.36
Presente	12	27.91	3	6.98	1	9.09
Prob./Parz. Presente	2	4.65	3	6.98	0	0.00
Child Abuse						
Non Presente	26	60.47	26	60.47	5	45.45
Omesso	16	37.21	16	37.21	6	54.55
Presente	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Prob./Parz. Presente	1	2.33	1	2.33	0	0.00

Tabella 21A. Valutazioni dei fattori di rischio a Tempo 0 e a Tempo 1 (SARA-S).

Nota: In tabella il "passato" di T1 (Follow up) corrisponde a "presente" di T0 per questo motivo non viene indicato.

		T0				T1			
		Valutazione dell'autore		Valutazione dello psicologo		Valutazione dell'autore		Valutazione dello psicologo	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Rischio Escalation									
Missing	1	2.33	0	0	1	9.09			
Basso	38	88.37	34	79.07	10	90.91	11	100	
Medio	4	9.3	9	20.93					
Alto	0	0	0	0					
Rischio Immediato									
Missing	1	2.33	0	0	1	9.09	11	100	
Basso	30	69.77	24	55.81	10	90.91			
Medio	11	25.58	18	41.86					
Alto	1	2.33	1	2.33					
Rischio Lungo Termine									
Missing	1	2.33			1	9.09			
Basso	32	74.42	24	55.81	10	90.91	11	100	
Medio	9	20.93	18	41.86					
Alto	1	2.33	1	2.33					
Rischio Violenza Grave									
Missing	1	2.33	40	93.02	1	9.09			
Basso	40	93.02	3	6.98	10	90.91	11	100	
Medio	2	4.65	0	0					
Alto	0	0	0	0					

Tabella 21B. Valutazione del rischio di recidiva (SARA-S), da parte dell'autore e dello psicologo.

ANALISI DI CONFRONTO

Di seguito sono riportati i risultati delle analisi di confronto tra le misure di posizione dei test somministrati ai soggetti reclutati al centro LDV e quelle dei test del gruppo di controllo. I boxplots riportati nei *Grafici 1-2-3* permettono per ogni test di confrontare anche graficamente le misure di posizione del gruppo di ricerca (in blu) composto dagli utenti del centro LDV con il gruppo di controllo (in arancione).

MRNI-SF (21-147)

In *Tabella 22* e nel *Grafico 1* possiamo osservare le descrittive del gruppo di ricerca, costituito dai 43 utenti del Centro LDV, e del gruppo di controllo (N=99).

MRNI	LDV	Controllo
Quartile inf	39	33
Mediana	52	40
Quartile sup	60	57
Media	54,63	47,05
Numerosità campionaria	43	99

Tabella 22. Distribuzione MRNI gruppo di ricerca e gruppo di controllo

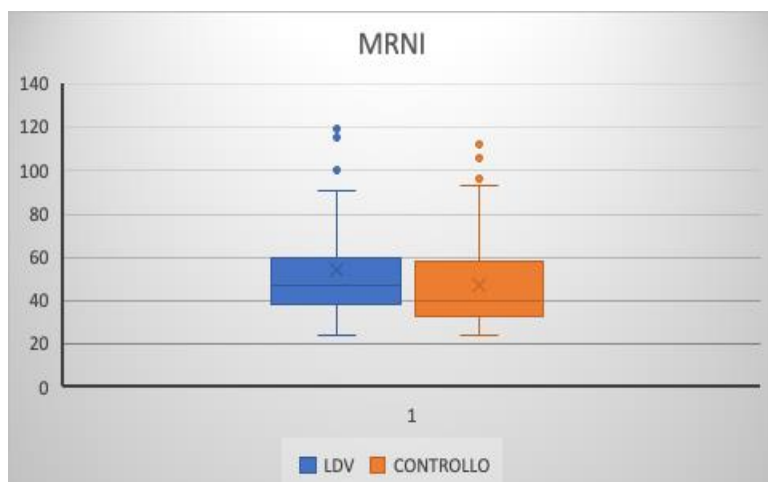


Grafico 1. Distribuzione a MRNI gruppo di ricerca e gruppo di controllo

La media del gruppo di autori di violenza ($m=54,63$) al test MRNI è maggiore della media del gruppo di controllo ($M=47,05$). Sia nel gruppo LDV sia nel gruppo di controllo osserviamo 3 outlier cioè punti che hanno un valore superiore allo spettro atteso di dati ($Q3 + 1,5 * IQR$). La differenza fra le due medie non è statisticamente significativa ($p\text{-value}= 0,11$).

ASI-SF (0-60)

La *Tabella 23* e il *Grafico 2* mostrano la distribuzione del campione di ricerca ($n=43$) e di quello di controllo ($N=99$).

	LDV	controllo
Quartile inf	21	9
Mediana	26	19
Quartile sup	33	31
Media	26,33	20,51
N	43	99

Tabella 23. Distribuzione a ASI gruppo di ricerca e gruppo di controllo

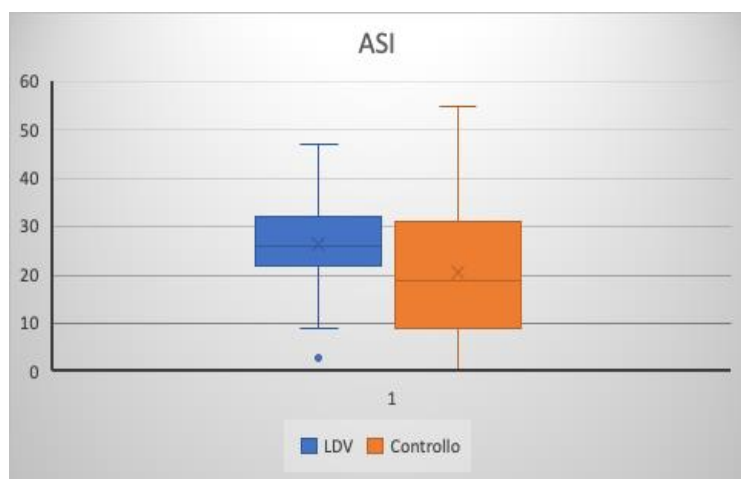


Grafico 2. Distribuzione a ASI gruppo di ricerca e gruppo di controllo

Il gruppo di autori di violenza ha ottenuto al test ASI un punteggio medio di 26,33 superiore alla media del gruppo di controllo (M=20,51). Tale differenza fra le medie è statisticamente significativa (p-value=0,01). Nel gruppo LDV osserviamo un valore che si colloca al di sotto della soglia inferiore (Q1-1,5*IQR).

MCSDS (0-13)

In *Tabella 24* e nel *Grafico 3* possiamo osservare le descrittive del gruppo di ricerca (n=43) e del gruppo di controllo (N=99).

	LDV	Controllo
Quartile inf	7	7
Mediana	9	8
Quartile sup	11	10
Media	8,33	8,34
Numerosità	43	99

Tabella 24. Descrittive a MCSDS gruppo di ricerca LDV e gruppo di controllo

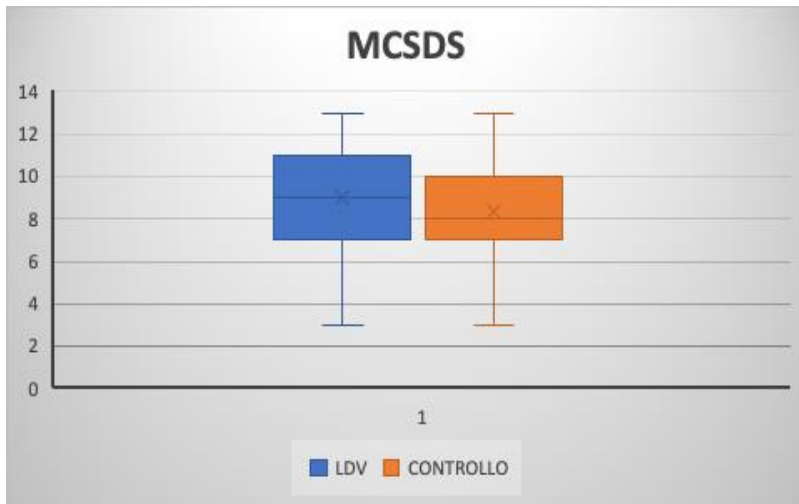


Grafico 3. Distribuzioni a MCSDS gruppo di ricerca LDV e gruppo di controllo

Il gruppo di autori di violenza ha ottenuto al test MCSDS un punteggio medio di 8,33 leggermente inferiore alla media del gruppo di controllo (M=8,34). Tale differenza fra le medie non è statisticamente significativa (p-value=0,28). Non si osservano valori anomali né nel gruppo LDV né nel gruppo di controllo.

DISCUSSIONE DEL CAMPIONE

All'interno del campione complessivo di 43 soggetti, le persone che sono arrivate al centro LDV su invio eterodiretto - cioè da parte autorità giudiziaria, servizi sociali, avvocato, questura, tutela minore, ecc.- sono 33 (76,74%). Di questi, 17 sono stati inviati dagli avvocati (in genere perché denunciati dalla partner) o dall'autorità giudiziaria, quattro dalla questura o dalle forze dell'ordine, tre dal servizio tutela minori, 6 dagli assistenti sociali, due dai servizi del territorio (Sert e Consultorio Familiare), uno dalla psicologa del consultorio che seguiva la partner. Gli autori di violenza di genere che si sono rivolti spontaneamente al centro LDV sono 10 (23,25%)³. Di questi ultimi 2 sono arrivati su consiglio della compagna/moglie con la quale erano ancora insieme al momento del contatto e uno da un familiare (sorella). Si noti che gli uomini che si sono rivolti al servizio spontaneamente si sono più facilmente assunti la responsabilità personale della violenza - senza negarla, minimizzarla o banalizzarla -, hanno riflettuto sull'escalation che porta all'azione violenta acquisendo strategie su come bloccare il processo che porta alla violenza stessa e hanno preso in considerazione il punto di vista della vittima ed empatizzato con essa. In totale sono 16 le donne che hanno accettato di partecipare alla ricerca e compilato il test CTS-2A.

La percentuale di drop-out (abbandono del percorso) è alta. Sono infatti 19 gli uomini che hanno interrotto gli incontri prematuramente. 13 sono gli uomini che hanno concluso il percorso e sono in fase di follow-up, 11 sono quelli tutt'ora in carico.

In generale, si sono evidenziate due grosse problematiche che hanno inciso nei percorsi svolti dagli uomini nel 2020 e nel 2021: l'emergenza da Covid-19 e l'invio attraverso la legge Codice Rosso.

La pandemia da Covid 19, iniziata a marzo 2020, ha coinciso con l'avvio del reclutamento delle persone da inserire nel protocollo di ricerca.

Nel corso della pandemia, il percorso di tutti gli uomini ha comportato un assetto ibrido del setting, ossia sono stati svolti sia incontri in presenza sia incontri "a distanza" (in videochiamata tramite piattaforme o telefono). La modalità "a distanza" ha permesso di garantire continuità nel percorso trattamentale nonostante le restrizioni al movimento e i periodi di isolamento a causa covid. D'altra parte, laddove i reclutati presentavano già una scarsa motivazione a intraprendere il percorso trattamentale, la modalità "a distanza" può aver sfavorito la creazione dell'alleanza terapeutica e ostacolato la possibilità di far loro maturare una motivazione intrinseca tale da portare a termine il trattamento.

Altro elemento di forte criticità è stato il cambiamento di tipologia di invio - e di conseguenza di motivazione degli uomini - in conseguenza dell'applicazione del "Codice Rosso". La legge del 19 luglio 2019, nota come "Codice Rosso", al quinto comma prevede la "sospensione condizionale della pena subordinata alla partecipazione a specifici percorsi di recupero presso enti o associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero di soggetti condannati per i medesimi reati». Questa parte della legge è stata utilizzata in modo strumentale dagli avvocati per inviare al centro LDV i loro clienti. Molti uomini, infatti, hanno richiesto di iniziare un percorso, con il solo obiettivo di avere una certificazione utile per usufruire del beneficio di legge. Questo ha naturalmente creato dei problemi per quanto riguarda la motivazione degli uomini, con evidenti ripercussioni sulla durata e continuità dei percorsi.

La legge, per come è costruita, risulta piuttosto generica e lascia dunque spazio alla possibilità di dare questo beneficio senza che vi siano effettivamente gli adeguati presupposti. In particolare, nella legge non vengono specificati alcuni punti fondamentali per una sua corretta applicazione:

- quali caratteristiche debbano avere gli enti o associazioni che accolgono gli uomini;

³ Si precisa che l'adesione al trattamento e alla ricerca è volontaria.

- quanto dovrebbe durare il percorso;
- come e chi debba monitorare il percorso stesso.

Questa mancanza di specificità espone a diversi pericoli; dall'esperienza del centro LDV di Modena risulta infatti che persone in attesa di giudizio, per cui maggiormente a rischio di azioni violente, riescano ad ottenere il beneficio della sospensione condizionale della pena dopo avere ottenuto dai centri rivolti agli autori di violenza una "semplice" comunicazione/attestazione di presenza o svolgimento di uno o pochi incontri.

La legge può essere un passo in avanti per il contrasto alla violenza contro le donne ma queste criticità evidenziate contrastano con l'obiettivo centrale che si pone: migliorare primariamente la sicurezza delle donne vittime di violenza. In tal modo per molti uomini inviati dagli avvocati l'accesso al servizio diventa sostanzialmente un modo per ottenere dei vantaggi, ottenuti i quali interrompono i colloqui decidendo, spesso senza comunicarlo, di non voler procedere con ulteriori appuntamenti.

Rimane essenziale, dunque, specificare le modalità di applicazione della legge, ad esempio concedere la possibilità della sospensione condizionale solo dopo un periodo significativo di alcuni mesi dall'inizio dei colloqui e dopo che l'uomo ha dimostrato motivazione, disponibilità e responsabilità al cambiamento durante gli incontri. Come indicato dall'Intesa tra il Governo e le Regioni sui requisiti minimi dei centri per uomini autori di violenza domestica e di genere (settembre 2022) l'accesso ai centri rivolti agli uomini autori di violenza può essere certificato solo dopo la fase di valutazione. I colloqui di valutazione iniziali sono infatti finalizzati a verificare se sussistano le condizioni necessarie per l'avvio del programma.

Se questi accorgimenti nell'applicazione della legge non saranno al più presto applicati, i centri per uomini autori di violenza rischiano di essere dei servizi utili per concedere dei benefici di legge a coloro che non hanno dimostrato un serio impegno al cambiamento, creando una forte ingiustizia verso le vittime di violenza e aumentando il rischio di recidiva negli uomini che hanno interrotto o non iniziato un percorso di cambiamento.

A ciò si aggiunge la frustrazione degli psicologi che si trovano a lavorare con uomini sempre meno motivati a mettersi in discussione. Offrire uno spazio di aiuto, cambiamento e riflessione sui propri agiti violenti a coloro che arrivano con un intento strumentale e per nulla motivati sta creando delle grosse difficoltà: gli psicologi si trovano spesso ad impegnare molto tempo del proprio lavoro a scrivere relazioni/attestazioni di presenza, rispondere a richieste degli avvocati, e incontrare persone che vengono al centro LDV con il solo scopo di ottenere il beneficio di legge. La grande percentuale di coloro che abbandonano e che vengono esclusi per assenza di motivazione rende evidente che qualcosa deve essere cambiato per offrire una seria possibilità cambiamento e non vedere il lavoro del centro LDV svilito da richieste esclusivamente strumentali e contrarie all'obiettivo principale del lavoro con gli uomini autori: migliorare la sicurezza delle donne vittime di violenza.

DISCUSSIONE DEI DATI

Per quanto riguarda gli esiti del questionario CORE-OM, che informa sull'efficacia del trattamento, non essendo stato possibile utilizzare statistiche parametriche a causa della bassa dimensione campionaria ed elevato numero di drop-out, è stata utilizzata una statistica descrittiva mediante l'utilizzo di test non parametrici Inter-Quartil-Range e Wilcoxon Signed-Rank test.

Come è possibile vedere nella tabella sotto relativamente ai soli 10 soggetti con questionario compilato al T0 e T1 il confronto pre/post intervento dei punteggi sono significativi e dimostrano come il trattamento terapeutico sia risultato efficace nel ridurre il disagio psichico.

	PRE N=10	POST N=10	Test WSR
Punteggio somma			
Mediana	43.5	20.5	0.017
IQR	28-56.5	11.5-26.5	
Punteggio mediana			
Mediana	1	0	0.014
IQR	0.5-2	0-1	

La desiderabilità sociale, misurata con MCSDS, è una caratteristica che definisce come le persone siano orientate a rappresentare il meglio di sé e rilanciare un'immagine personale positiva e rispondente alle aspettative sociali e culturali. Questi risultati pilota suggeriscono che questa caratteristica sembra essere trasversale e presente, in modo indifferenziato, negli individui con comportamenti violenti e prosociali.

Rispetto alla dimensione empatica, misurata con BES, i dati preliminari riportati sembrerebbero non evidenziare livelli particolarmente elevati di mancanza di empatia per sé. Tuttavia, a uno sguardo più attento, si può individuare in questo campione pilota la possibile presenza di una maggiore compromissione della componente emotiva dell'empatia rispetto alla componente cognitiva dell'empatia. La componente emotiva dell'empatia è relativa all'essere in grado di cogliere e sentire il malessere dell'altra persona. La componente cognitiva dell'empatia è quella che rimanda alla capacità di comprendere cosa, anche del proprio comportamento o del proprio modo di relazionarsi, faccia effettivamente star male l'altra persona. Il campione coinvolti in questo studio sembrerebbe pertanto avere maggiori difficoltà a sentire emotivamente la «sofferenza» dell'altra persona. È importante sottolineare che queste sono considerazioni basate su uno studio pilota che devono essere, senz'altro, ulteriormente testate in future ricerche e su campioni più ampi.

Rispetto alla personalità degli uomini maltrattanti coinvolti in questo studio pilota, misurata con PAS, i risultati suggeriscono che nel 63.3% (n = 19) il punteggio totale al PAS indica che il potenziale per problemi emotivi e/o comportamentali sembra essere superiore a quanto tipicamente e generalmente si rileva nella popolazione adulta. Sarebbe pertanto necessario un lavoro di follow-up valutativo al fine di ridurre al minimo i rischi di falsi negativi (ovvero di persone valutate con aspetti di personalità non problematici che invece si rivelano disfunzionali nelle relazioni interpersonali).

Rispetto alle caratteristiche di psicopatologia, misurate con EPA-SSF, i risultati descrittivi non sembrano suggerire aspetti psicopatologici particolarmente rilevanti. Tuttavia, la componente legata all'antagonismo sembra essere quella maggiormente presente nel campione (anche se con valori comunque contenuti), rispetto alle componenti disinibizione e stabilità emotiva. Nonostante i dati a disposizione non siano sufficienti per fare inferenze e arrivare ad alcuna conclusione, sembra interessante tenere in considerazione che gli aspetti che stanno dietro la dimensione dell'antagonismo (cfr. sezione descrizione strumenti) sono quelli che favoriscono modalità relazionali poco rispettose dell'altra persona, particolarmente inflazionate

da uno sguardo solo autocentrato che non permette di andare al di là del proprio Sé. Ulteriori studi sono senz'altro necessari per esplorare, su campioni più ampi, questi aspetti.

La scala CTS-2 è stata utilizzata per misurare la violenza all'interno delle relazioni intime e di coppia. L'interesse era anche quello di integrare (nei casi in cui questo è stato possibile) la prospettiva dell'uomo maltrattante rispetto alle diverse forme di violenza da lui direttamente messe in atto, con la prospettiva della partner, persona offesa e target della violenza subita.

Al fine di dare senso ai dati raccolti, le 39 situazioni di violenza contemplate nello strumento sono state categorizzate in violenza psicologica, composta da 14 item (e.g., Ho sgridato o urlato contro la mia partner), in violenza fisica, composta da 18 item (e.g., Ho picchiato la mia partner), in violenza sessuale, composta da 7 item (e.g., Ho usato la forza contro la mia partner - colpendola, immobilizzandola o usando un'arma - per fare sesso orale o anale con lei).

I risultati preliminari suggeriscono una prevalenza delle diverse forme di violenza, in cui i partecipanti allo studio hanno ammesso di aver agito una di queste forme di violenza almeno una volta nel corso della relazione con la partner. Interessante notare (cfr. Tabella 6A - Descrittive di CTS-2-A per dimensione) che la violenza sessuale è risultata presente in quasi tutti i casi (99.5%), a cui ha seguito la violenza psicologica (91.9%) e la violenza fisica (91.3%).⁴ I casi in cui è stata agita violenza sessuale sono stati quelli in cui la violenza sessuale si è manifestata includendo, mediamente, 7 su 14 delle situazioni descritte nello strumento. La violenza fisica ha visto coinvolte mediamente 6 su 18 delle situazioni violente descritte. La violenza psicologica ha visto coinvolte 4 delle 14 situazioni psicologicamente problematiche descritte. Quest'ultimo aspetto è degno di particolare attenzione in quanto sembra suggerire che anche in questo campione il riconoscimento di azioni a valenza psicologicamente abusante e violenta era più difficile da riconoscere per i maltrattanti. Quello che però sembra essere importante sottolineare, è che i partecipanti allo studio, al di là delle loro resistenze e dei possibili atteggiamenti auto-discolpanti e minimizzanti, abbiano ammesso la violenza da loro perpetrata. Questo risultato, pur essendo preliminare e certamente non generalizzabile, sembra suggerire che interventi come quello organizzato dal Centro LDV AUSL di Modena siano fondamentali per iniziare ad interrompere il ciclo della violenza, guardando all'uomo violento non solo come «problema» ma anche come «parte della soluzione».

Esplorando i dati delle persone offese che hanno manifestato la loro disponibilità e dato il proprio consenso a partecipare, emerge una realtà interessante e diversificata rispetto al riconoscimento di essere state vittime di violenza. La proporzione di persone offese che hanno riconosciuto tra le 39 situazioni di violenza, indicate nel CTS-2-V (versione per le vittime), quelle da loro subite è risultata relativamente contenuta (19.4% delle persone offese ha dichiarato di aver subito violenza sessuale e il 48.6% ha dichiarato di aver subito violenza fisica). Rispetto invece alla violenza psicologica, l'80.8% di queste donne ha dichiarato di essere stata vittima di questa forma di violenza almeno una volta nel corso della relazione (cfr. Tabella 7A. Descrittive di CTS-2-V per dimensione).

Le ragioni di questi risultati sono varie e complesse e certamente sono necessari più studi in grado di arrivare a risultati generalizzabili e più completi. Considerando però che si tratta di risultati che sembrano essere in linea con quegli di studi scientifici nazionali e internazionali su campioni più ampi, si potrebbe ipotizzare che, per chi la subisce, la violenza psicologica ha un impatto offensivo particolarmente significativo e profondo. Pertanto, essere in grado di riconoscerla è un aspetto che va sostenuto e promosso. Nonostante questo, anche per le donne che hanno partecipato a questo studio pilota un senso di vergogna, paura e

⁴ Questa considerazione appare particolare se messa in relazione a quanto è emerso dai risultati nell'indagine IMPACT- che ha evidenziato comunque un basso numero di "comportamenti sessuali negativi" da parte degli uomini autori di violenza verso le partner. Cfr Centro Ascolto Uomini Maltrattanti CAM) di Firenze, Ferrara, Nord Sardegna, Cremona e Roma (2020), *Impact Report. Valutazione dell'efficacia dei Programmi per uomini autori di violenza*, p. 3. Progetto "CAM-biamenti maschili" realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità.

insicurezza potrebbe aver influenzato le risposte. La letteratura scientifica evidenzia infatti come condizioni di vergogna o paura continuino ad essere presenti nella vita delle donne vittime di violenza anche dopo l'interruzione del rapporto con il partner violento.

In più punti del report è stato ricordato che l'interpretazione dei dati raccolti non può essere di natura inferenziale, considerando l'ampiezza del campione e il tasso di drop-out. Ciò nonostante, un confronto descrittivo tra i risultati emersi tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo è indicativo di una conferma delle ipotesi teoriche iniziali. Ricordiamo che la rilevazione del *Male Role Norms Inventory* e dell'*Ambivalent Sexism Inventory* era stata pensata per mostrare dei livelli più alti di adesione alle norme di genere maschiline e di sessismo negli autori di violenza rispetto al gruppo di controllo. In linea con questa idea, i risultati descritti alle pagine 25-26 confermano questa idea. Il tasso di drop-out, tuttavia, unito alla considerazione dei colleghi clinici circa la scarsa motivazione degli autori di violenza seguiti nel percorso, non consente di verificare l'efficacia della pratica clinica nel favorire una presa di coscienza su queste credenze culturali e una modifica di queste a seguito del percorso. Dunque, sintetizzando questi aspetti, lo studio conferma la bontà dell'impostazione di genere in merito al fenomeno della violenza, ma non è stato possibile mostrare se la pratica clinica ha portato a una modifica di queste credenze.

In linea con le raccomandazioni della Convenzione di Istanbul - che sottolineano la necessità di procedere ad un'attenta valutazione e gestione del rischio di reiterazione dei comportamenti violenti (art.51) - si è deciso di integrare l'operatività dei professionisti del servizio LDV con l'applicazione del metodo SARA - Screening per la valutazione del rischio- condividendo, con il gruppo di lavoro, un approccio alla valutazione del rischio in un'ottica psico-sociale e l'assunto che agire la violenza all'interno delle relazioni intime è una scelta influenzata da una serie di circostanze e motivazioni ovvero fattori psico-sociali su cui è possibile intervenire per contrastare il rischio di recidiva. L'applicazione dello strumento SARA-S, ad oggi, è già prassi operativa anche per la messa a punto di programmi trattamentali rivolti agli autori di comportamenti violenti in IPV in quanto esso consente di individuare i fattori correlati al rischio di recidiva e di valutare se la loro presenza potrebbe anche in futuro influenzare la scelta del soggetto di agire comportamenti violenti; entrambi questi ultimi aspetti cruciali per la pianificazione e gestione dell'intervento più appropriato (Baldry & Rodontini, 2013; Baldry, 2016; Baldry & Rodontini, 2018; Baldry & Winkel, 2008).

Nella esperienza del gruppo di lavoro del centro LDV la conoscenza e l'utilizzo della metodologia SARA-S ha confermato le premesse iniziali ed ha rappresentato un valido supporto all'attività clinica consentendo ai professionisti di individuare i 10 principali fattori di rischio di recidiva che hanno caratterizzato la relazione autore-vittima e l'adattamento psicosociale del maltrattante, ed i 5 fattori di vulnerabilità della vittima che potrebbero, dunque, entrambi avere un peso nella reiterazione del comportamento violento oltre a consentire al professionista di procedere ad una stima del rischio di recidiva in termini di probabilità ed in base ai tre livelli evidenziati (basso; medio; elevato) per i 43 soggetti reclutati per l'intervento.

Il protocollo di lavoro e la metodologia scelta è risultata, dunque, valida nella misura in cui ha contribuito a fornire elementi rilevanti non solo per la conoscenza dei soggetti reclutati ed i relativi fattori psico-sociali a cui porre attenzione per l'intervento ma anche in un'ottica di studio e approfondimento del fenomeno dell'*intimate partner violence* e del contrasto alla recidiva. Più nello specifico, le informazioni raccolte al Tempo 0 - concernenti le ultime 4 settimane (attualmente) e prima delle 4 settimane (passato) - hanno consentito di rilevare una "fotografia" del campione preso in esame ovvero delinearne le caratteristiche principali in merito ai fattori di rischio (statici e dinamici) ed ai fattori di vulnerabilità come discusso brevemente di seguito.

I dati riportati in tabella 18 evidenziano il livello di gravità e modalità delle condotte violente agite nel passato dai soggetti reclutati: nel 69.77% dei casi erano presenti, anche parzialmente, gravi violenze fisiche/sexuali (fattore 1); nel 51.16% circa dei casi la condotta è incrementata nel tempo sia di frequenza

che gravità (fattore 3); nel 34.89% dei casi erano presenti, anche parzialmente, gravi minacce di violenza, ideazione o intenzione di agire violenza (fattore 2). È necessario considerare la presenza di questi fattori, come evidenziato dalla letteratura in materia, in quanto essi possono impattare sul rischio di recidiva così come si ritiene utile soffermarsi e porre particolare attenzione al fattore n. 5 ovvero quello che riporta una codifica circa gli atteggiamenti negativi nei confronti delle violenze interpersonali e intrafamiliari giacché esso risulta presente, seppur in forma parziale, nella maggior parte dei soggetti coinvolti. Tale dato è allarmante se si considera che l'autore di violenza che esprime atteggiamenti e credenze personali che incoraggiano, giustificano o minimizzano il comportamento di abuso e controllo agito è a maggior rischio di recidiva e che tra gli autori di violenza più pericolosi e persistenti vi sono quelli che tendono a minimizzare la gravità dei loro comportamenti ed a non assumersene la responsabilità, o negano completamente qualsiasi proprio coinvolgimento (Baldry, Roia, 2010; Dutton, 1995; Dutton, Kropp, 2000, Hare, 1991; Riggs, Caulfield, Street, 2000; Saunders, 1992b; Webster et al., 1985).

Tra i fattori di rischio che si riferiscono all'adattamento psico-sociale nella maggior parte dei casi (58.14%) è stata riscontrata dai valutatori la presenza di problemi relazionali (fattore 7) ovvero separazione dal partner per elevata conflittualità nella relazione attuale o passata mentre in merito ai fattori di vulnerabilità della vittima risulta rilevata, con maggiore frequenza, la non presenza e/o la presenza di informazioni insufficienti relative a quell'area.

Infine, come si evince dalle Tabelle 21A e 21B, in merito alla gestione del rischio i professionisti hanno valutato la maggior parte dei casi a basso rischio di recidiva nella considerazione che la relazione con la vittima era da tempo dichiarata conclusa. Se, stando a livello di rischio rilevato dai professionisti incaricati, sembra non necessario monitorare i casi nell'immediato, si ritiene auspicabile un monitoraggio nel lungo termine tenuto conto dei fattori di rischio attualmente presenti e nella considerazione che la valutazione del rischio è un processo dinamico e che il livello di rischio può, dunque, fluttuare nel tempo. Questi elementi vanno tenuti in considerazione in quanto sembrano suggerire la necessità di un lavoro ad ampio raggio ed a lungo termine proprio con questa tipologia di pazienti che tra l'altro, anche nella esperienza clinica dei colleghi LDV così come già evidenziato in precedenti contributi sul tema, molto di rado presentano una richiesta di aiuto spinta da una motivazione intrinseca ovvero proveniente dal soggetto stesso e dettata dal bisogno di messa in discussione e responsabilizzazione rispetto ai propri comportamenti violenti.

Infine, in merito alla necessità di cogliere gli esiti del percorso clinico così come eventuali cambiamenti negli uomini partecipanti al progetto, il tasso di drop-out non ha consentito di fare un confronto tra le rilevazioni effettuate al Tempo 0 e Tempo 1 per l'intero campione analizzato. I percorsi trattamentali realizzati, hanno comunque messo in evidenza complessivamente per gli autori, l'acquisizione di consapevolezza e di traiettorie di cambiamento che lasciano intravedere prospettive positive. Ciò concorre anche a rafforzare la percezione, peraltro suffragata da recenti ricerche realizzate (Gannon, Olver, Mallion, & James, 2019) che per quanto riguarda il rischio di recidiva, l'efficacia del trattamento sia migliore quando il programma è svolto da psicologi/psicoterapeuti con una formazione e una supervisione specifica sul tema.⁵

Concludendo, i risultati descritti in Tabella 21A e 21B - sebbene non generalizzabili data la numerosità del campione – supportano le premesse che hanno guidato la scelta dello strumento confermando, difatti, l'utilità di protocolli di lavoro basati sulla valutazione del rischio in un'ottica psico-sociale come coadiuvo all'attività clinica e suggeriscono la necessità di implementare linee di azione nella direzione di una risposta al fenomeno dell'IPV che non sia solo emergenziale e/o punitiva ma che assolva anche alla funzione di riabilitazione dell'autore di violenza in un'ottica di contrasto al rischio di recidiva e di tutela delle vittime a lungo termine.

⁵ Il Centro LDV dell'Azienda USL di Modena usufruisce da 10 anni della supervisione clinica periodica del Centro ATV di Oslo.

CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI

Questo studio pilota di natura descrittiva non consente di fare considerazioni di natura inferenziale data la limitata numerosità campionaria e l'alto tasso di drop-out. Tuttavia, la percentuale di abbandono del percorso, che in questo studio pilota si aggira intorno al 46%, è coerente con i dati presenti nella letteratura internazionale (Karakurt, Koç, Çetinsaya, Ayluçtarhan, & Bolen, 2019). Questo tipo di utenza, infatti, presenta frequentemente un basso o nullo livello di motivazione iniziale e un'adesione al percorso per motivi strumentali.

Possiamo descrivere alcune caratteristiche del campione in raffronto anche alle caratteristiche del gruppo di controllo arruolato fra la "popolazione generale".

La tendenza a compiacere l'interlocutore e ad allinearsi a norme e convenzioni sociali, rappresentandosi in termini positivi e preoccupandosi di restituire una buona immagine di sé, pare essere presente sia nel gruppo di ricerca costituito da uomini autori di violenza di genere che nella "popolazione generale" prosociale.

I soggetti del gruppo di ricerca sembrano non mostrare livelli particolarmente bassi di empatia; tuttavia, la componente emotiva dell'empatia pare essere maggiormente presente rispetto alla componente cognitiva dell'empatia. Sarebbe interessante esplorare questo risultato preliminare su un campione più esteso.

Inoltre, si auspica che studi futuri possano approfondire nella popolazione degli uomini autori di violenza di genere la dimensione dell'antagonismo caratterizzato da arroganza, scortesie, diffidenza, freddezza, incostanza, insensibilità, manipolazione e da condotte caratterizzate da avventatezza, ostilità, rabbia nei confronti dell'altro.

Un aspetto particolarmente rilevante emerso da questa ricerca riguarda il fatto che i soggetti arruolati nel campione sembrano riconoscere meno facilmente azioni a valenza psicologicamente abusante rispetto ad azioni di violenza fisica e sessuale.

Coerentemente con i dati presenti in letteratura, il gruppo di ricerca mostra livelli più alti di adesione alle norme di genere maschiline e di sessismo rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia, si rimanda a studi futuri la possibilità di verificare l'efficacia della pratica clinica nel consentire una presa di coscienza su queste credenze culturali.

Come sottolineato nella "Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere" del 7 marzo 2022 "la valutazione del rischio di recidiva è un obiettivo necessario e al contempo complesso da realizzare. La funzione di valutazione del rischio è da considerarsi parallela alla funzione trattamentale, possibilmente svolta da professionisti con competenze specifiche, che oltre ad utilizzare una specifica metodologia (test, questionari, griglie di valutazione, eccetera) s'interfacciano con diverse figure come gli operatori stessi che svolgono l'azione trattamentale, ma anche con il maggior numero possibile di soggetti che possono essere fonti di informazione, in particolare la donna, le Forze dell'ordine e ogni altro tipo di ente o servizio che si occupi dell'autore o della sua famiglia". Nel campione della ricerca, il metodo SARA-S (Screening per la valutazione del rischio), confermando le premesse che hanno guidato la scelta dello strumento, si è rilevato un ottimo supporto all'attività clinica consentendo ai professionisti di individuare i principali fattori di rischio di recidiva e i fattori di vulnerabilità della vittima. La valutazione del rischio attraverso il metodo SARA può essere ripetuta nel tempo e in tal modo permette di tenere conto del carattere dinamico dei fattori esaminati.

BIBLIOGRAFIA

- Abrahams N., Jewkes R., Laubscher R., Hoffman M. (2006), "Intimate partner violence: Prevalence and risk factors for men in Cape Town, South Africa", *Violence and Victims*, 21, 247-264.
- Adams B. N. (1965), "Coercion and consensus theories: Some unresolved issues", *American Journal of Sociology*, 71, 714-716.
- Anderson V. N., Simpson-Taylor D., Hermann D. J. (2004), "Gender, age, and rape-supportive rules", *Sex Roles: A Journal of Research*, 50, 77-90.
- Anderson, I., & Swainson, V. (2001). Perceived motivation for rape: Gender differences in beliefs about female and male rape. *Current Research in Social Psychology*, 6, 107-122.
- Appel A. E., & Holden, G. W., (1998), "The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal", *Journal of Family Psychology*, 12, 578-599.
- Askeland I. R., Skogbrott Birkeland M., Lømo B., and Tjersland O. A. (2021), "Changes in Violence and Clinical Distress Among Men in Individual Psychotherapy for Violence Against Their Female Partner: An Explorative Study", *Frontiers in Psychology*, 23 July, pp. 1-13 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710294>
- Babcock Julia C., Green Charles E., Robie Chet (2004), "Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment", in *Clinical Psychology Review*, 23, pp. 1023-1053.
- Baldry A.C. (2003), "La violenza domestica: il lato oscuro della famiglia", in Barbagli M., *La criminalità in Italia*, Il Mulino, Bologna, pp.183-210.
- Baldry A.C. (2011), *Strategie efficaci per il contrasto ai maltrattamenti e allo stalking. Aspetti giuridici e criminologici*. Milano, Franco Angeli.
- Baldry A. C. (2016), *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio* (6th ed.), Franco Angeli, Milano.
- Baldry A.C., Pacilli M.G., Pagliaro S. (2015), "She's not a Person...She's Just a Woman! Infra-humanization and Intimate Partner Violence", *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 1567-1582. doi:10.1177/0886260514540801.
- Baldry A.C., Pagliaro S. (2014), "Helping Victims of Intimate Partner Violence: The Influence of Group Norms Among Lay People and the Police", *Psychology of Violence*, 4, 334-347. doi:10.1037/a0034844.
- Baldry A. C., Pagliaro S., Porcaro C. (2013), "The Rule of Law in a Time of Masculine Honor: Afghan Police Attitudes on Intimate Partner Violence", *Group Processes & Intergroup Relations*, 16, 363-374. doi:10.1177/1368430212462492.
- Baldry A.C., Rodontini A. (2013), "Il modello socioeducativo per detenuti di reati commessi a danno delle donne. Un'esperienza sul territorio campano e pugliese", in Bozzoli A., Merelli M., Ruggerini M.G. (eds.), *Il lato oscuro degli uomini la violenza maschile contro le donne modelli culturali di intervento*, pp.371-383. Roma, Ediesse.
- Baldry A.C., Rodontini A. (2018), "L'intervento terapeutico in ambito penitenziario, limiti e opportunità con detenuti sex offender". *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 32-42.
- Baldry A. C., Winkel F. W. (2008), *Intimate partner violence prevention and intervention: The risk assessment and management approach*, Hauppauge, NY: Nova Science.
- Bancroft L. (2002), *Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men*, Berkley Publishing Group, Berkley.

- Barger Steven D. (2002), "The Marlowe-Crowne Affair: Short Forms, Psychometric Structure, and Social Desirability", *Journal of Personality Assessment*, 79:2, 286-305, DOI: 10.1207/S15327752JPA7902_11
- Barkham M., Gilbert N., Connell J., Maeshall C., Twigg E. (2005). "Suitability and utility of CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings", in *The British Journal of Psychiatry* 186: 239- 246.
- Berkel L., Vandiver B., Bahner A. (2004), "Gender role attitudes, religion, and spirituality as predictors of domestic violence attitudes in White college students", *Journal of College Student Development*, 45, 119-133.
- Black M.C., (2011), "Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians", *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5): 428-439.
- Bozzoli A., Mancini M., Merelli M., Ruggerini M.G. (2012), *Uomini abusanti: prime esperienze di riflessione e intervento in Italia*, Rapporto di ricerca, LeNove.
- Bozzoli A., Merelli M., Ruggerini M.G. (2013), *Il lato oscuro degli uomini la violenza maschile contro le donne modelli culturali di intervento*. Roma, Ediesse.
- Campbell J.C., (2002), "Health Consequences of Intimate Partner Violence", in *Lancet*, 359, 9314, pp.1331-6.
- Carré A., Stefaniak N., D'ambrosio F., Bensalah L., Besche-Richard C. (2013), "The Basic Empathy Scale in adults (BES-A): factor structure of a revised form", *Psychological assessment*, Vol. 25, No. 3, 679-691, DOI:10.1037/a0032297Corpus ID: 13607192
- Centro Ascolto Uomini Maltrattanti (CAM) di Firenze, Ferrara, Nord Sardegna, Cremona e Roma (2020), *Impact Report. Valutazione dell'efficacia dei Programmi per uomini autori di violenza*, Progetto "CAM-biamenti maschili" realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità.
- Cinquegrana V., Baldry A.C., Pagliaro S. (2018), "Intimate partner violence and bystanders' helping behaviour: An experimental study", *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, Vol. 10, No. 1, pp. 24-35.
- Collison K.L., Millerb J.D., Gaughanc E.T., Widigerd T.A., Lyname D.R. (2016), "Development and Validation of the Super-Short Form of the Elemental Psychopathy Assessment", *Journal of Criminal Justice* 47:143-150, December.
- Connor-Smith et al. (2011) "Risk Assessments by Female Survivors of Intimate Partner Violence: Predictors of Risk Perceptions and Comparison to an Actuarial Measure", *Journal of Interpersonal violence*, Volume: 26 Issue 12: 2517-2550.
- Cousineau M.-M., Rondeau G. (2004), "Toward a transnational and cross-cultural analysis of family violence: Issues and recommendations", *Violence Against Women*, 10, 935-949.
- Cowan G. (2000)., "Beliefs about the causes of four types of rape", *Sex Roles*, 42: 807-823.
- Creazzo G., Bianchi L., (2009), *Uomini che maltrattano le donne: che fare? Sviluppare strategie d'intervento con uomini che usano violenza nelle relazioni di intimità*, Carocci, Roma.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). "A new scale of social desirability independent of psychopathology", *Journal of Consulting Psychology*, 24(4): 349-354.
- Dalton B., (2007), "What's going on out there? A survey of batterer intervention programs", *Journal of Aggression, Maltratment & Trauma*, 15: 59-74.
- Davis T. L., & Liddell D. L. (2002), "Getting inside the house: The effectiveness of a rape prevention program for college fraternity men", *Journal of College Student Development*, 43: 35-50.
- De Judicibus M., McCabe M. P. (2001), "Blaming the target of sexual harassment: Impact of gender role, sexist attitudes, and work role", *Sex Roles*, 44: 401-417.

- Day A., O’Leary P., Chung D., Carson E., (2009) “Programs for Men who Perpetrate Domestic Violence: An Examination of the Issues Underlying the Effectiveness of Intervention Programs”, *Journal of Family Violence* 24(3):203-212 .
- Demurtas P., Misiti M. (a cura di) (2021), *Violenza contro le donne in Italia. Ricerche, orientamenti e buone pratiche*, Guerini, Milano.
- Deriu M. a cura di, (2012), *Anche gli uomini possono cambiare. Il percorso del centro LDV di Modena*, Quaderno pubblicato dalla Regione Emilia-Romagna e dal Servizio Sanitario Nazionale Emilia-Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Bologna.
- Deriu M., a cura di (2012), *Il continente sconosciuto. Gli uomini e la violenza maschile*, Quaderno pubblicato dalla Regione Emilia-Romagna e dal Servizio Sanitario Nazionale Emilia-Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Bologna.
- Deriu M., (2013), "Farsi carico dell'ambivalenza. Cosa significa lavorare con gli uomini violenti", in Sveva Magaraggia, Daniela Cherubini (a cura di), 2013, *Uomini contro le donne? Le radici della violenza maschile*, Utet, Torino, pp. 200-221.
- Deriu M., a cura di, (2014), *Il Centro LDV di Modena. Primi esiti di una scommessa*, Quaderno pubblicato dalla Regione Emilia-Romagna e dal Servizio Sanitario Nazionale Emilia-Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Bologna.
- Dobash R. E., Dobash R. P., Cavanagh K., Lewis R., 1999, *Changing Violent Men*, Sage, Thousand Oaks.
- Dotti M., 2021, “L’esperienza del Centro LDV dell’Azienda USL di Modena. Il lavoro con gli uomini autori di violenze contro le donne nelle relazioni di intimità durante la pandemia Covid-19”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4/2021, pp. 8-12.
- Dotti M., Penuti G., (2013), “La ‘cura’ degli autori di violenza in ambito sanitario pubblico”, in A. Bozzoli, M. Merelli, M.G. Ruggerini, *Il lato oscuro degli uomini*, Ediesse, Roma.
- Dotti M., Borsari S., De Rosa A., De Pascalis P., Penuti G., Rebecchi, (2018), “Accompagnamento al cambiamento per uomini autori di violenza di genere in ambito intrafamiliare” in D. Rebecchi (a cura di), *I Percorsi della Psicologia Clinica*, Franco Angeli, Milano.
- Dutton D.G., Kerry G., (1999), “Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killers”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 287-300.
- Eckhardt C.I., Crane Cory A., “Male Perpetrators of Intimate Partner Violence and Implicit Attitudes toward Violence: Associations with treatment Outcomes”, in *Cognitive Therapy and Research*, 2014, 38(3): 291–301.
- Eu.r.e.s.- Ansa (2005), *Rapporto Eures-Ansa sull’omicidio volontario in Italia*, Eures, Roma.
- Evans C., Connell J., Barkham M., Margison F., McGrath G., Clark J., Audin K. (2002). “Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM”, in *The British Journal of Psychiatry*, 180:51-60.
- Feder G. et al. (2008), “Behavioral Intervention to Reduce Intimate Partner Violence Against Women”, in J.A. Trafton, W.P. Gordon, *Best Practices in the Behavioral Management of Peripartum, Pediatric and Adolescent Conditions*, Institute for Brain Potential, Los Alton, CA.
- Felson R., Messner S., Hoskin A., Deane, G. (2002), “Reasons for reporting and not reporting domestic violence to the police”, *Criminology*, 40, 617-647.
- Fincham F. D., Cui M., Braithwaite S. R., Pasley K. (2008), “Attitudes toward intimate partner violence in dating relationships”, *Psychological Assessment*, 20, 260–269.
- Flood M., Pease B. (2009), “Factors influencing attitudes to violence against woman”, *Trauma, violence&abuse*, 10, 125-142.

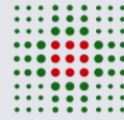
- Geldschlager H., Ginés O., Nax D. & Ponce A. (2014). "Outcome measurement in European perpetrator programmes: a survey", Unpublished working paper from the Dafne III project IMPACT: Evaluating European Perpetrator Programmes.
- Gelles R. J., Straus M. A. (1979), "Determinants of violence in the family: Toward a theoretical integration", in W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & I. L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* (Vol. 1, pp. 549-581). New York: Free Press.
- Gannon T. A., Olver M., Mallion J. and James M. (2019), "Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? a meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness", *Clinical Psychology Review*, 73.
- Gino S., Freilone F., Biondi E., Ceccarelli D., Veggi S., Zara G. (2019), "Dall'Intimate Partner Violence al femminicidio: relazioni che uccidono", *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2. SSN: 1121-1717E-ISSN:2240-8053
- Giulini P., Xella C. M. (2011), *Buttare la chiave? La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali*. Milano, Raffaello Cortina.
- Glick P., & Fiske S. T. (1996), "The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism", *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491–512.
- Gondolf E.W. (1997), "Batterer Programs. What we know and need to know", in *Journal of interpersonal violence*, vol.12, n.1, February, pp.83-98.
- Gondolf E.W., (2002), *Batterer intervention system: Issues, outcomes, and recommendations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gondolf E.W. (2004), "Evaluating Batterer Counseling Programs: A difficult task showing some effects and implications", in *Aggression and Violent Behavior*, Volume 9, Issue 6, September–October 2004, Pages 605-631
- Gondolf (2012), *The Future of Batterer Programs: Reassessing Evidence-Based Practice*, Northeastern University Press, Boston.
- Gracia E., García F., Lila M. (2009), "Public responses to intimate partner violence against women: The influence of perceived severity and personal responsibility", *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 648-656. doi:10.1017/S1138741600002018.
- Gullo, S., Lo Coco, G., Bensi, L., Chiappelli, M., & Prestano, C. (2008). "L'Outcome-Questionnaire 45.2. Adattamento italiano di uno strumento per la valutazione dei trattamenti psicologici. The Outcome Questionnaire 45.2. Italian validation of an instrument for the assessment of psychological treatments", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 152-161.
- Haj-Yahia M. M. (2003), "Beliefs about wife beating among Arab men from Israel: The influence of their patriarchal ideology", *Journal of Family Violence*, 18, 193-205.
- Hamilton Leah, Koheler Johann A., Lösel Friedrich A., (2012), "Domestic Violence Perpetrator Programs in Europe, Part I: A survey of Current Practice", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-17.
- Heise L. L. (1998), "Violence against women: An integrated, ecological framework", *Violence Against Women*, 4, 262-290.
- Heise L, Garcia-Moreno C., (2002), "Violence by intimate partners", in: Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, et al., editors, *World report on violence and health*, Geneva (Switzerland): World Health Organization. p. 87–121.
- Hester et al. (2006) *Making an Impact: Children and Domestic Violence. A Reader*, Jessica Kingsley Publishers, London.

- Hester M. (2017), "Gender", WWP EN Expert Essay; https://www.work-with-perpetrators.eu/fileadmin/WWP_Network/redakteure/Expert%20Essays/23042018_gender_as_expert_essay.pdf
- Hester M. and Lilley S.J. (2014) "Domestic and Sexual Violence Perpetrator Programmes: Article 16 of The Istanbul Convention" (particularly "Checklist for Perpetrator Programmes") pp. 31-32.
- Hester M., Walker S-J., O'Prey L. & Budde J., (2014), "Overview and Analysis of Research Studies Evaluating European Perpetrator Programmes: Working Paper 2 from the Daphne III IMPACT Project". Dissens e.V.
- Hinck S. S., & Thomas R. W. (1999), "Rape myth acceptance in college students: How far have we come?" *Sex Roles*, 40, 815-832.
- Jacobson N., Truax P., (1991), "Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research". *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 59: 12-19.
- Jolliffe D., Farrington D. P. (2004), "Empathy and offending: a systematic review and meta-analysis", *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476.
- Jolliffe D., Farrington D.P. (2006), "Development and validation of the Basic Empathy Scale", *Journal of Adolescence*, Volume 29, Issue 4, August 2006, Pages 589-611.
- Karakurt, Koç, E., Çetinsaya, E. E., Ayluçtarhan, Z., & Bolen, S. (2019). Meta-analysis and systematic review for the treatment of perpetrators of intimate partner violence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 220-230.
- Kelly L. (2008), *Combating violence against women: minimum standards for support services*, Council of Europe, Strasbourg, September.
- Kelly L., Westmarland N. (2015) *Domestic violence perpetrator programmes: steps towards change. Project Mirabal final report*, Project Report. London Metropolitan University and Durham University, London and Durham.
- Kropp R.P., Hart S.D., Webster C.D., Eaves D. (1995), *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (2nd ed.)*. Vancouver, BC, Canada: The British Columbia Institute Against Family Violence.
- Lambert M.J., Morton J.J., Hatfield D.R., Harmon C, Hamilton S., Shimokawa K. et al. (2004), *Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire (OQ 45.2)* (3 ed.). American Professional Credentialling Services LLC: Wilmington, DE.
- Lee J., Pomeroy E. C., Yoo S.-K., Rheinboldt, K. T. (2005), "Attitudes toward rape: A comparison between Asian and Caucasian college students", *Violence Against Women*, 11, 177-196.
- Levant R.F., Hall R.J., Rankin T.J. (2013), "Male Role Norms Inventory Short Form (MRNI- SF): Development, confirmatory factor analytic investigation of structure, and measurement invariance across gender", *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 228-238.
- Morey L.C., (1997), "Personality Assessment Screener", *Psicological Assessment Resource*.
- Morey L.C., (2018), *Personality Assessment Screener - Observer (PAS-O)*, Psychological Assessment Resources, Inc., Lutz.
- Lilley-Walker S.J., Hester M., Turner W., (2018), "Evaluation of European Domestic Violence Perpetrator Programmes: Toward a Model for Designing and Reporting Evaluations Related to Perpetrator Treatment Interventions", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2018, Vol. 62(4) 868–884.
- Linee Guida per lo sviluppo di standard per i programmi che operano con uomini perpetratori di violenza domestica (Daphne II Project 2006-2008); www.work-with-perpetrators.eu.
- Mach L. J., Cantos A., Weber. E. (2017), "The Impact of perpetrators Characteristics on the completion of a partner abuse intervention program", *Journal of Interpersonal Violence*, July 20.

- Magaraggia S, Cherubini D. (a cura di) (2013), *Uomini contro le donne? Le radici della violenza maschile*, Utet, Torino.
- Max W., Rice D.P., Finkelstein E, Bardwell R.A., Leadbetter S. (2004), "The economic toll of intimate partner violence against women in the United States", *Violence and Victims*, 19(3), 259 - 272.
- Merzagora Betsos I. (2009), *Uomini violenti, i partner abusanti e il loro trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Morey, L.C. (2007), *Personality Assessment Inventory professional manual* (2nd ed.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L.C. (2015), *PAI - Personality Assessment Inventory, manuale*. Adattamento italiano di A. Zennaro, S. Di Nuovo, M. Fulcheri, A. Lis e C. Mazzeschi. Firenze: Hogrefe.
- Morran D., (2006), "Thinking outside the Box: looking beyond programme integrity: the experience of a domestic violence offenders programme", *British Journal of Community Justice*, Spring, Vol. 4 Issue 1, pp. 7-18.
- Morran D., (2011), "Re-education or recovery? Re-thinking some aspects of domestic violence perpetrator programmes", *Probation Journal*, Vol. 58 Issue 1, :23, pp. 23-36.
- Morran D., (2013), "Desisting from Domestic Abuse: Influences, Patterns and Processes in the Lives of Formerly Abusive Men", *The Howard Journal of Criminal Justice*, Vol 52 No 3, July, pp. 306-320.
- Murnen S. K., Wright C., Kaluzny G. (2002), "If 'boys will be boys', Then girls will be victims? A metaanalytic review of the research that relates masculine ideology to sexual aggression", *Sex Roles*, 46, 359-375.
- Murphy C. M., Stosny S., Morrel T. M., (2005), "Change in Self-Esteem and Physical Aggression During Treatment for Partner Violent Men", *Journal of Family Violence*, Vol. 20, No. 4, August 2005, pp. 201-210.
- Oddone C., (2020), *Uomini normali. Maschilità e violenza nell'intimità*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- O'Neil J. M., Harway M. (1997), "A multivariate model explaining men's violence toward women: Predisposing and triggering hypotheses", *Violence Against Women*, 3, 182-203.
- Pacilli M.G., Pagliaro S., Loughnan S., Gramazio S., Spaccatini F., Baldry A.C. (2017), "Sexualization Reduces Helping Intentions towards Female Victims of Intimate Partner Violence through Mediation of Moral Patency", *British Journal of Social Psychology*, 56(2), 293-313. DOI: 10.1111/bjso.12169
- Pagliaro, S., Pacilli, M.G., Giannella, V.A., Giovannelli, I., Spaccatini, F., & Baldry (2019), "Legitimizing Intimate Partner Violence: Moral Evaluations, Attribution of Responsibility, and (Reduced) Helping Intentions", *Journal of Interpersonal Violence*. Doi: 10.1177/0886260518760611.
- Pagliaro S., Pacilli M.G., Paolini D. (2019), "Intimate Partner Violence and Same-sex Couples: Examining the Antecedents of the Helping Intentions of Bystanders", *Journal of Interpersonal Violence*. Doi: 10.1177/0886260519888530
- Palmieri G., Evans C., Freni S., Bajani A., Chicherio M., Ferrari S., Palmieri L., Rigatelli M., Reitano F., (2007). "La valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia: traduzione e validazione del sistema CORE". In *Nuove tendenze della psicologia*; in 4,4, pp. 371-86.
- Pandya V., (2009), "A Study of Change Processes in Domestically Violent Men in Group Therapy", *Journal of Evidence-Based Social Work*, No 6, 2009, pp. 127-146.
- Pavlou M., Knowles A. (2001), "Domestic violence: Attributions, recommended punishments and reporting behaviour related to provocation by the victim", *Psychiatry, Psychology and Law*, 8, 6-85.
- Rakil M., Isdal P., Askeland I.R. (2009) "L'uomo è responsabile della violenza" in Creazzo G., Bianchi L., *Uomini che maltrattano le donne: che fare? Sviluppare strategie d'intervento con uomini che usano violenza nelle relazioni di intimità*, Carocci, Roma, pp. 35-70.

- Rakil M., (2003), "Gli uomini violenti sono padri abbastanza buoni?" in *Medico e bambino* n.22 agosto, pp.542-545.
- Rangul I., "Early Dropout in Men Voluntarily Undergoing Treatment for Intimate Partner Violence in Norway", *Violence and Victims*, 28(5):822-31, October.
- Rivista di Psicodinamica Criminale, (2015), *Interventi con gli uomini maltrattanti*, Anno VIII, n. 2 luglio 2015, pp. 120.
- Roehl et al. (2005) "Intimate Partner Violence Risk Assessment Validation Study. Final report." March 28.
- Romito P., (2000), *La violenza di genere su donne e minori. Un'introduzione*, Franco Angeli, Milano.
- Scanzoni J. (1972), "Marital conflict as a positive force", in J. Scanzoni (EY.), *Sexual bargaining*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Scourfield J.B., Dobash R.P., (1999), "Programmes for violent men: recent developments in the UK", *Howard Journal*, 38, 128-143.
- Signorelli M. S., Arcidiacono E., Musumeci G., Di Nuovo S., Aguglia E. (2014), "Detecting domestic violence: Italian validation of Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2)", *Journal of Family Violence*, 29, 361–369.
- Simonson K., Subich L. M. (1999), "Rape perceptions as a function of gender-role traditionality and victim perpetrator association", *Sex Roles*, 40, 617-634.
- Smith B. A., Thompson S., Tomaka J., Buchanan A. C. (2005), „Development of the Intimate Partner Violence Attitude Scales (IPVAS) with a predominantly Mexican American college sample", *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27, 442–454.
- Stinson Jill D., Becker Judith V., *Treating Sex Offenders: An Evidence-Based Manual*, Guilford Press, New York, 2018.
- Strandmoen J.F., Rangul I., Tjersland O., Larsen T. Heir T., (2016) "Intimate partner violence in men voluntarily attending treatment: A Study of Couple Agreement", in *Violence Victims* Volume 31(1) · December.
- Straus M. A. (1979), „Measuring family conflict and violence: The Conflict Tactics Scale", *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75–78.
- Straus M. A. (2004), „Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide", *Violence Against Women*, 10, 790–811.
- Straus M. A., Hamby S. L., Boney-McCoy S., Sugarman D. B. (1996), "The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data", *Journal of Family Issues*, 17, 283–316.
- Stark E., (2007), *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life*, Oxford University Press, Oxford.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996), "The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data", *Journal of Family Issues*, 17, 283–316.
- Taft C.T., Murphy C.M., King L.A., Dedejn J.M., Musser P.H. (2005), "Post Traumatic Stress Disorder Symptomatology Among Partners of Men in Treatment for Relationship Abuse", *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 259–268.
- Vlais, R. (2014), "Domestic violence perpetrator programs: Education, therapy, support, accountability 'or' struggle", NTV document, <https://graddipfdr20161.pbworks.com/f/Domestic%20Violence%20Perpetrator%20Programs.pdf>
- Ventimiglia C., (2002), *La fiducia tradita: Storie dette e raccontate di partner violenti*, Franco Angeli, Milano.
- Wallach H. S., Sela T., (2008), "The Importance of Male Batters' Attributions in Understanding and Preventing Domestic Violence", *Journal of Family Violence*, Oct. 2008, Vol. 23 Issue 7, pp. 655-660.
- Walker, L. E. (1979) *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.

- Weldon S., Gilchrist E., (2012), "Implicit Theories in Intimate Partner Violence Offenders", *Journal of Family Violence*, Nov. 2012, Vol. 27 Issue 8, pp. 761-772.
- West A., Wandrei M. L. (2002), "Intimate partner violence: A model for predicting interventions by informal helpers", *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 972-986.
- WHO (2010), *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*, Geneva, World Health Organisation and London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- WHO (2013), *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence*, Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Yee Lee M., Sebold J., Uken A., *Solution-Focused Treatment of Domestic Violence Offenders: Accountability for Change*, Oxford University Press, Oxford, 2003.
- Zara G. (2016), *Valutare il rischio in ambito criminologico. Procedure e strumenti per l'assessment psicologico: 1*, Il Mulino, Bologna.
- Zara G. (2018), *Il diniego nei sex offender. Dalla valutazione al trattamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Zara G. (2018), "L'impatto del diniego tra rischio di recidiva e trattamento dei reati sessuali: il beneficio paradossale", *Giornale Italiano di Psicologia*, XLV(2), 333–360. DOI: 10.1421/90620
- Zara G. Farrington D. P. (2016), *Criminal recidivism: Explanation, prediction and prevention*. Routledge, Abingdon, UK.
- Zara G., Freilone F., Biondi E., Ceccarelli D., Veggi S., Gino S., (2019), "The medico-legal, psycho-criminological and epidemiological reality of intimate partner and non-intimate partner femicide in north-West Italy: looking backwards to see forwards", *International Journal of Legal Medicine*, 133, 1295–1307. DOI: 10.1007/s00414-019-02061-w



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

**SEI UN UOMO TRA
I 18 E I 65 ANNI ?**

**RISIEDI NELLA
PROVINCIA
DI MODENA ?**

**PARTECIPA
ALL'INDAGINE
ESPLORATIVA
DELLA AUSL
SULLE RELAZIONI
UOMO-DONNA!**

L'Azienda USL di Modena sta conducendo un'indagine esplorativa anonima sulle opinioni e valutazioni relative al genere maschile e femminile e sugli atteggiamenti, comportamenti ed emozioni relativi alle relazioni tra uomini e donne.

Tale indagine si rivolge a uomini di età compresa tra i 18 e i 65 anni residenti nella provincia di Modena.

Se rientri nella categoria di persone a cui è rivolta l'indagine vi chiediamo di partecipare compilando un form on-line che vi impegnerà per non più di 10/15 minuti.

Il tuo contributo è particolarmente importante per supportare l'Azienda USL di Modena nel lavoro di ricerca volto a prevenire la violenza, a migliorare la qualità delle relazioni tra uomini e donne nel territorio modenese, anche attraverso un miglioramento dei servizi di accompagnamento e cura offerti alla popolazione.



**COMPILA IL
SONDAGGIO ANONIMO**

Per compilare il sondaggio inquadra il QR Code qui a fianco,

Oppure vai su:
www.ausl.mo.it/sondaggioLDV

Grazie mille per la tua collaborazione



Modena, dicembre 2023