

Report di ricerca



Indagine a cura di

Manuela Stranges

Dipartimento di Economia, Statistica e Finanza “Giovanni Anania”

Università della Calabria

La salute è di tutte. Contro la violenza di genere, per il diritto delle donne alla salute

Manuela Stranges¹

Introduzione

La promozione della salute e l'accesso ai servizi sanitari di prevenzione rappresentano pilastri essenziali delle politiche pubbliche per l'equità e il benessere sociale. Tuttavia, persistono profonde disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione di tali servizi, soprattutto tra le fasce di popolazione più vulnerabili. Tra queste, le donne che hanno subito violenza – in particolare quella esercitata da partner o ex partner, ma non solo – presentano un rischio elevato di esclusione sanitaria e di trascuratezza delle pratiche preventive, a causa sia delle conseguenze fisiche e psicologiche della violenza subita, sia delle barriere materiali e simboliche che ostacolano il ricorso ai servizi sanitari (Dillon et al., 2013; Feder et al., 2006).

Numerosi studi hanno dimostrato che le donne sopravvissute alla violenza tendono a riportare uno stato di salute fisico e mentale significativamente compromesso, un maggiore ricorso alle cure mediche in emergenza, ma – di contro - un minore coinvolgimento nei percorsi di prevenzione e assistenza continuativa (Black, 2011; Ansara & Hindin, 2010), con conseguenze importanti non solo in termini di salute, ma anche di benessere complessivo e qualità della vita.

In Italia, sebbene il fenomeno della violenza maschile contro le donne sia oggetto di crescente attenzione istituzionale e anche di

approfondimento dal punto di vista scientifico, il tema della relazione tra esperienze di violenza e accesso alla prevenzione sanitaria è ancora poco esplorato in modo sistematico.

Le indagini nazionali periodiche (ISTAT, 2025) forniscono dati preziosi sul fenomeno della violenza, ma raramente approfondiscono la dimensione sanitaria dal punto di vista preventivo, se non in maniera indiretta.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013) ha indicato chiaramente che la violenza contro le donne rappresenta un problema di salute pubblica globale e ha raccomandato l'integrazione sistematica del riconoscimento e della presa in carico delle vittime nei percorsi sanitari ordinari, ponendo attenzione particolare alla prevenzione secondaria e terziaria. In linea con tali raccomandazioni, è fondamentale disporre di dati empirici aggiornati e specifici che permettano di comprendere non solo lo stato di salute delle donne che hanno subito violenza, ma anche le loro pratiche di accesso e partecipazione alla prevenzione sanitaria. Il presente progetto ha cercato di contribuire a colmare questa lacuna conoscitiva, mediante un'indagine sul campo condotta presso centri antiviolenza operativi in diverse regioni italiane.

¹ Professoressa Associata di Demografia, Dipartimento di Economia, Statistica e Finanza “Giovanni Anania” – Università della Calabria. Mail: manuela.stranges@unical.it

Obiettivi e contenuti dell'indagine

L'obiettivo del progetto è stato quello di indagare in maniera approfondita le pratiche di prevenzione sanitaria tra le donne vittime di violenza, analizzando al contempo gli eventuali ostacoli – strutturali, personali o relazionali – che ne influenzano l'accesso. L'indagine ha raccolto dati originali e sistematici sui seguenti ambiti:

Condizioni socioeconomiche, familiari e abitative che influiscono sulla salute e sull'accesso ai servizi

Le condizioni socioeconomiche e familiari sono determinanti nell'accesso ai servizi sanitari e nella gestione della salute. Le donne vittime di violenza spesso affrontano difficoltà economiche e familiari che limitano la loro capacità di fruire dei servizi di salute. Questo punto aiuta a delineare i fattori di vulnerabilità e a identificare le barriere che le donne incontrano nell'accesso ai trattamenti preventivi e curativi.

Stato di salute fisica, psicologica e percepita delle donne che si rivolgono ai centri anti-violenza

L'indagine sullo stato di salute fisica e psicologica delle donne vittime di violenza è fondamentale per comprendere l'impatto diretto e a lungo termine della violenza sulla salute. La valutazione di questa dimensione consente di individuare i bisogni specifici di salute e di supporto psicologico, offrendo spunti per migliorare le politiche sanitarie e di assistenza alle vittime di violenza.

Rapporto con i servizi sanitari territoriali (medico di base, consultori, strutture specialistiche)

Il rapporto con i servizi sanitari è un indicatore fondamentale per valutare l'efficacia del sistema di assistenza alle vittime di violenza. L'indagine su come le donne interagiscono con medici di base, consultori e strutture specialistiche aiuta a identificare eventuali lacune nei servizi offerti e a comprendere se le donne si sentono supportate o stigmatizzate, con impatti diretti sulla loro salute e benessere.

Frequenza e tipologia delle pratiche di prevenzione messe in atto (visite, screening, analisi, ecc.)

Analizzare la frequenza e la tipologia di pratiche di prevenzione adottate dalle donne consente di valutare il livello di consapevolezza e accesso a misure preventive. Le donne vittime di violenza, a causa di traumi fisici ed emotivi, potrebbero non essere adeguatamente seguite dal punto di vista della prevenzione, ed è importante capire se queste pratiche vengono regolarmente effettuate o se vi sono ostacoli che ne impediscono l'attuazione.

Eventuali esperienze di esclusione o inaccessibilità legate alla condizione di vittima di violenza

Le esperienze di esclusione o inaccessibilità legate alla violenza rappresentano barriere strutturali che possono aggravare ulteriormente la situazione sanitaria delle donne. Questo punto è cruciale per rilevare eventuali disuguaglianze nell'accesso a cure sanitarie adeguate e per migliorare le politiche di inclusione e assistenza delle donne che hanno subito violenza.

Fasi dell'indagine

Dal punto di vista operativo progetto ha previsto le seguenti attività:

Definizione degli obiettivi di analisi

In questa fase sono stati delineati con precisione gli obiettivi conoscitivi e operativi dell'indagine, identificando le principali aree tematiche di interesse e le domande di ricerca da approfondire.

Stesura del questionario

È stato elaborato lo strumento di rilevazione, definendo la struttura del questionario, la formulazione dei quesiti e le modalità di risposta più idonee a garantire la validità e l'affidabilità dei dati raccolti.

Digitalizzazione del questionario

Il questionario è stato successivamente digitalizzato, mediante l'utilizzo di Google Form, per favorire una somministrazione efficiente e una gestione informatizzata delle risposte.

Individuazione e contatto dei centri antiviolenza aderenti

Tramite le liste in possesso della rete DiRE sono stati individuati i centri antiviolenza a cui indirizzare la ricerca e avviati i contatti istituzionali necessari per formalizzare l'adesione al progetto.

Somministrazione test del questionario

È stata condotta una fase di pre-test su un campione limitato, finalizzata a verificare la chiarezza, la comprensibilità e la

funzionalità complessiva dello strumento di rilevazione.

Correzione e miglioramento del questionario dopo la fase test

Sulla base dei risultati del test preliminare, sono state apportate modifiche e ottimizzazioni al questionario, con l'obiettivo di aumentarne la precisione e l'efficacia informativa.

Predisposizione istruzioni per le operatrici del centro

Sono state redatte brevi istruzioni operative allegate alla mail con la quale si è inviato il link al form per le operatrici incaricate della somministrazione del questionario, al fine di assicurare uniformità di procedura e coerenza nella raccolta dei dati.

Avviso della fase di raccolta dati

È stato comunicato formalmente ai centri aderenti l'avvio della fase di raccolta dati, fornendo indicazioni operative e tempistiche per la corretta esecuzione della rilevazione.

Pulizia dei dati

I dati raccolti sono stati sottoposti a un processo di controllo e pulizia, volto a eliminare eventuali incongruenze, duplicazioni e risposte incomplete, garantendo così la qualità del dataset finale.

Elaborazione e analisi statistica dei dati

I dati validati sono stati oggetto di elaborazione statistica descrittiva (riportata nel seguente report preliminare) e inferenziale (riportati in parte, ma che saranno integrate

successivamente al raggiungimento di una numerosità campionaria maggiore), al fine di individuare tendenze significative, relazioni tra variabili e principali evidenze empiriche. Un approfondimento è stato dedicato all'analisi testuale dei commenti rilasciati nell'ultima domanda aperta.

Redazione del report di ricerca contenente i risultati principali, un'analisi interpretativa e proposte operative

La fase conclusiva ha previsto la redazione del rapporto di ricerca, nel quale sono stati sintetizzati i risultati principali, discussi alla luce del quadro teorico di riferimento, e formulate proposte operative per future azioni o interventi.

Metodologie

L'indagine è stata condotta su scala nazionale attraverso un campionamento di convenienza, poiché non era disponibile una lista predefinita delle utenti dei centri antiviolenza da cui estrarre un campione probabilistico. Il link all'indagine è stato inviato all'intera lista dei centri antiviolenza aderenti alla rete DiRE. Il primo invio è stato accompagnato da una lettera di presentazione dell'indagine contenente anche le modalità operative da utilizzare per la somministrazione. Sono seguiti ulteriori solleciti volti a raggiungere una copertura di centri in tutte le ripartizioni geografiche italiane (Nord, Centro, Sud, Isole).

La fase di somministrazione è stata preceduta da una fase test, della durata di due settimane, che ha consentito di valutare la comprensibilità dei quesiti sottoposti, la struttura del questionario, l'eventuale mancanza di dimensioni di analisi e modalità di risposta, i

tempi medi di compilazione e ogni altro aspetto che potesse influenzare il successo stesso dell'indagine. A questa fase di test è seguita una fase di correzione e aggiustamento e, successivamente, si è dato avvio all'indagine vera e propria con la versione corretta e validata del questionario.

Il questionario, composto complessivamente da 57 domande, è stato somministrato in forma anonima e volontaria alle donne che hanno avuto accesso ai servizi dei centri anti-violenza sul territorio, in modalità digitali tramite il form predisposto su Google Moduli.

La compilazione è avvenuta in modalità di autocompilazione, all'interno dei centri, con l'obiettivo di massimizzare i tassi di risposta.

Il questionario ha raccolto informazioni su cinque macro-aree tematiche, che riflettono gli obiettivi dell'indagine enunciati in precedenza:

1. *Caratteristiche demografiche e socio-economiche* (20 domande)

In questa sezione sono state raccolte informazioni relative ad età, nazionalità, titolo di studio, condizione lavorativa, situazione abitativa ed economica.

2. *Salute fisica, psicologica e percepita* (20 domande)

Le domande di questa sezione hanno indagato la percezione soggettiva della salute, la presenza di patologie croniche o disturbi psicologici, e l'impatto della violenza sul benessere generale.

3. *Accesso ai servizi sanitari* (6 domande)

Questa sezione si è concentrata sul rapporto con il/la medico/a di base, sul ricorso ai consultori e alle strutture sanitarie sul territorio e sulle eventuali difficoltà incontrate nell'accesso alle cure.

4. *Pratiche e frequenza della prevenzione sanitaria (5 domande)*

Le domande di questa sezione hanno indagato la frequenza e la tipologia delle pratiche di prevenzione adottate (screening, visite, controlli periodici, esami del sangue, ecc.).

5. *Dati relativi alla presa in carico da parte dei centri antiviolenza (6 domande)*

L'ultima sezione è focalizzata ad indagare il ruolo dei centri antiviolenza nella promozione della salute – fisica e psicologica delle donne- e nel sostegno all'accesso ai servizi sanitari.

Il questionario si chiude con una domanda aperta, volta a raccogliere ogni altro elemento utile alla comprensione del fenomeno oggetto di studio. Quasi un quarto del totale delle donne intervistate ha rilasciato dei commenti, alcuni molto articolati, raccontando non solo aspetti relativi alla salute e alle pratiche di prevenzione ma anche l'esperienza di violenza vissuta e il legame tra questa e la propria salute.

L'analisi di quanto riportato in questa parte del questionario, condotta sin qui attraverso tecniche (al momento molto base) di analisi testuale, è attualmente ancora in corso e sarà integrata nel report definitivo.

La rilevazione è stata avviata nel mese di agosto e si è conclusa a fine settembre, per

un totale di 7 settimane di rilevazione. I tassi di risposta sono stati comprensibilmente molto bassi nel mese di agosto, con un recupero a settembre, in particolare nelle ultime due settimane, grazie all'attività di sollecito diretto dei centri tramite contatto telefonico diretto.

Le analisi prodotte e presentate in questo report sono prevalentemente di natura descrittiva e hanno l'obiettivo di fornire, in questa prima fase di indagine, una panoramica completa del fenomeno. È stato possibile identificare tendenze e pattern nelle risposte, evidenziando differenze tra sottogruppi in base a variabili demografiche, socio-economiche e di accesso ai servizi.

Inoltre, è stata esaminata l'associazione tra le variabili osservate, per determinare se esistono correlazioni significative tra i diversi aspetti della salute e la violenza subita, nonché con le caratteristiche socio-economiche delle donne. Completano l'analisi dei modelli multivariati volti ad indagare quali fattori influenzano la prevenzione tra le donne vittime di violenza e l'analisi testuale dei commenti ricevuti nell'ultima domanda aperta.

L'analisi dei dati è stata condotta con l'ausilio del software di analisi statistica Stata.

I risultati ottenuti hanno contribuito a delineare un quadro più chiaro delle necessità specifiche di questo gruppo di donne e delle lacune nell'accesso ai servizi sanitari e di supporto. Oltre alla presentazione dei risultati, vengono discusse alcune implicazioni per le politiche di salute e fornite alcune raccomandazioni per migliorare l'accesso ai servizi di prevenzione e cura per le donne vittime di violenza.

Caratteristiche del campione

Al 30 settembre 2025, sono stati raccolti complessivamente 207 questionari. Le donne intervistate si suddividono per ripartizione geografica come riportato nella

Tabella 1: il 56,25% dalle regioni del Nord, il 25,12% dalle regioni del Mezzogiorno, il restante 18,36% dalle regioni centrali. Le regioni maggiormente rappresentate nel campione sono il Friuli Venezia-Giulia, la Lombardia e l'Abruzzo.

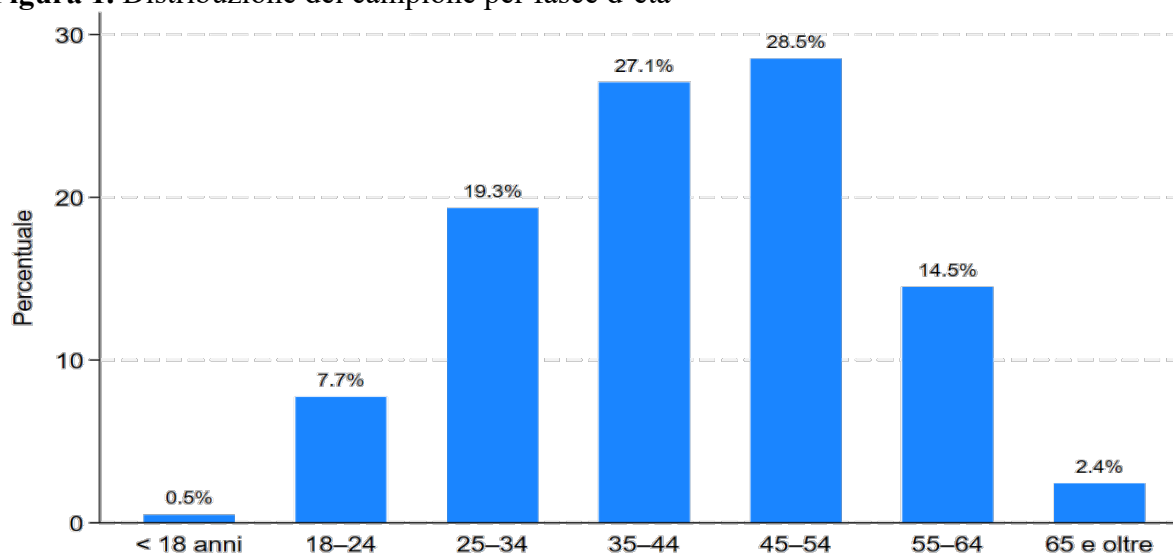
Tabella 1. Distribuzione del campione per ripartizione geografica

Ripartizione geografica	Frequenza	Percentuale
Nord	117	56.52
Centro	38	18.36
Sud e Isole	52	25.12
Totale	207	100.00

Il 27,05% delle donne intervistate è di origine straniera (56 unità), residenti per lo più nelle regioni settentrionali. Le provenienze sono molto variegate, con un totale di 37

diverse nazionalità (solo Albania, Marocco, Nigeria, Bosnia, Moldavia, Romania ed Egitto hanno registrato una frequenza superiore ad uno).

Figura 1. Distribuzione del campione per fasce d'età



Se si osserva la distribuzione del campione per fasce d'età (Figura 1) è possibile apprezzare che oltre la metà si concentra nel gruppo di età dai 35 ai 54 anni, con l'incidenza più elevata nella classe 45-54 (28,5% del totale del campione) e, a seguire, nella fascia di età

35-44 anni (27,1%). Seguono, a maggiore distanza, il gruppo di età 25-34 anni (19,3%) e quello 55-64 anni (14,5%). Meno rappresentate le fasce di età più giovani (7,7% per il gruppo di età 18-24 anni e solo lo 0,5% quello delle minorenni) e più anziane (le

over 65 rappresentano solo il 2,4% del totale del campione).

Per quanto riguarda lo stato civile, il 39,13% delle donne intervistate è separata o

divorziata (23,67% e 15,46%, rispettivamente), il 30,43% è nubile, il 18,84% è coniugata, il 10,14% è convivente, il restante 1,45% è vedova.

Tabella 2. Distribuzione del campione per numero di figli/figlie

Numero di figli	Frequenza	Percentuale	Cumulata
0	48	23.19	23.19
1	55	26.57	49.76
2	74	35.75	85.51
3 o più	30	14.49	100.00
Totale	207	100.00	-

Il 23,19% del campione (44 donne) dichiara di non avere figli/figlie, mentre il restante 76,81% ne ha uno/a o più. In particolare, 55 donne (pari al 26,57%) dichiarano di avere un/a solo/a figlio/a, 74 (pari al 35,75%) dichiara di averne due, 30 (pari al 14,49%) dichiara di averne tre o più (cfr. *Tabella 2*).

Per quanto attiene alle variabili socio-economiche, le donne del campione hanno titolo di studio mediamente elevato (*Tabella 3*): la maggior parte delle rispondenti possiede,

infatti, un diploma di scuola superiore (40,1%), seguito da una quota rilevante con titolo universitario (31,9%), suddivise tra laurea triennale (13%) e laurea magistrale o superiore (18,8%). Il 25,6% del campione possiede la licenza media, mentre solo una piccola parte (2,4%) ha conseguito la sola licenza elementare. La distribuzione mostra, quindi, un livello di istruzione mediamente elevato, con una concentrazione significativa tra i diplomi e le lauree.

Tabella 3. Distribuzione del campione per titolo di studio

Titolo di studio	Frequenza	Percentuale	Cumulata
Licenza elementare	5	2.42	2.42
Licenza media	53	25.60	28.02
Diploma di scuola superiore	83	40.10	68.12
Laurea triennale	27	13.04	81.16
Laurea magistrale o oltre	39	18.84	100.00
Totale	207	100.00	

La distribuzione per condizione occupazionale mostra che la maggior parte delle partecipanti (54,2%) risulta occupata, con una netta prevalenza di lavoratrici a tempo pieno

(68 casi, circa un terzo del totale) e una quota significativa di part-time (38 casi, 18,36%). Tra quelle che lavorano, una minoranza svolge lavori saltuari o precari, evidenziando

una certa diversificazione nelle condizioni occupazionali.

Le disoccupate rappresentano poco più di un quarto del campione (25,1%), configurandosi come il secondo gruppo per consistenza. Si tratta principalmente di donne in cerca di occupazione, senza un impiego stabile o percorsi formativi attivi. Infine, il 20,8% delle rispondenti si trova in altra condizione, diversa da occupata o disoccupata: questo gruppo include soprattutto casalinghe, pensionate, studentesse e alcune donne in congedo per violenza di genere o inserite in percorsi formativi. Questa categoria

rappresenta, quindi, una componente eterogenea, caratterizzata da situazioni di inattività temporanea o strutturale, al di fuori del mercato del lavoro.

Nel complesso, la distribuzione per condizione occupazionale evidenzia una presenza maggioritaria di donne occupate, ma anche una parte rilevante del campione che vive condizioni di transizione o esclusione dal mercato lavorativo che certamente rappresentano un ulteriore elemento di criticità in una situazione già complessa come quella della violenza.

Tabella 4. Distribuzione del campione per condizione economica

Situazione economica	Frequenza	Percentuale
Ho gravi difficoltà economiche	24	11.59
Faccio fatica ad arrivare a fine mese	56	27.05
Riesco a far fronte alle spese, ma con qualche difficoltà	72	34.78
Riesco a far fronte alle spese senza particolari problemi	28	13.53
Preferisco non rispondere	27	13.04
Totale	207	100.00

Se osserviamo la condizione economica delle rispondenti (*Tabella 4*), la maggior parte si colloca in una condizione di difficoltà economica più o meno marcata: oltre un terzo (34,8%) dichiara di riuscire a far fronte alle spese solo con qualche difficoltà, mentre il 27,0% afferma di fare fatica ad arrivare a fine mese.

Un ulteriore 11,6% segnala gravi difficoltà economiche, evidenziando una condizione di forte precarietà e vulnerabilità finanziaria. Soltanto il 13,5% delle partecipanti riferisce di riuscire a gestire le spese senza particolari problemi, rappresentando la fascia economicamente più stabile del campione. Infine, il 13,0% ha preferito non rispondere, dato che potrebbe riflettere disagio o reticenza nel

condividere la propria situazione economica personale. Si evidenzia, quindi, una condizione economica complessivamente fragile, con circa tre quarti del campione che dichiara di vivere situazioni di difficoltà economica più o meno gravi.

Analisi descrittive

Lo stato di salute fisica

Per quanto attiene la salute fisica percepita (*Figura 2*), nessuna delle partecipanti ha dichiarato di avere uno stato di salute “Molto cattiva”, indicando l’assenza di situazioni di

grave compromissione fisica nel campione. La categoria “Cattiva” raccoglie il 9,2% delle donne, rappresentando la quota di chi percepisce la propria salute come insoddisfacente o problematica. La maggior parte delle rispondenti si colloca in condizioni intermedie: il 35,8% indica uno stato “Discreto”, segnalando un benessere fisico moderato ma non ottimale. Infine, una quota rilevante dichiara uno stato “Buono” (43,5%), mentre il 11,6% percepisce la propria salute come “Molto buona”, rappresentando la fascia con benessere fisico più elevato.

La distribuzione evidenzia un quadro generalmente positivo della salute fisica percepita, con la maggioranza delle partecipanti collocata tra condizioni discrete o buone, e solo una minoranza che segnala problemi fisici. L’assenza di risposte nella categoria più grave (“Molto cattiva”) conferma che non emergono situazioni di salute fisica estremamente compromesse nel campione.

Per quanto attiene la morbilità (Figura 3), la grande maggioranza delle partecipanti, pari al 69,1%, dichiara di non avere malattie diagnostiche, indicando uno stato di salute generale positivo per la maggior parte del

campione. Circa un quinto delle rispondenti (20,3%) riferisce invece di avere una malattia per la quale assume farmaci o segue una terapia, evidenziando la presenza di condizioni croniche o persistenti che richiedono un trattamento regolare. Una quota più contenuta (2,4%) afferma di avere una malattia senza tuttavia seguire terapie farmacologiche, elemento che potrebbe suggerire condizioni lievi, recenti o una mancata aderenza terapeutica. Infine, l’8,2% ha preferito non rispondere, probabilmente per motivi di riservatezza o disagio nel condividere informazioni sulla propria salute.

Il quadro che emerge dal punto di vista dell’incidenza delle malattie è complessivamente positivo: oltre due terzi del campione non riporta patologie diagnosticate, mentre circa un quarto convive con una malattia, nella maggior parte dei casi gestita tramite trattamento farmacologico. L’esiguità delle risposte relative a malattie non trattate e la limitata quota di non risposte suggeriscono un buon livello di salute percepita e una discreta attenzione alla gestione della propria condizione sanitaria.

Figura 2. Distribuzione del campione per lo stato di salute fisica percepita

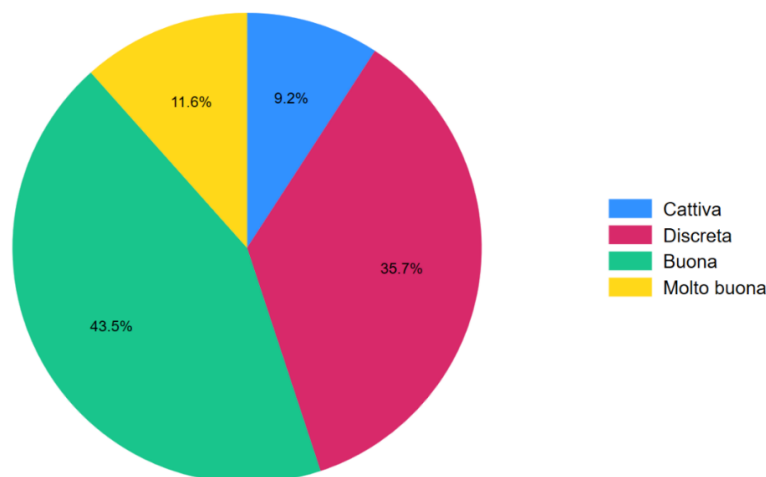
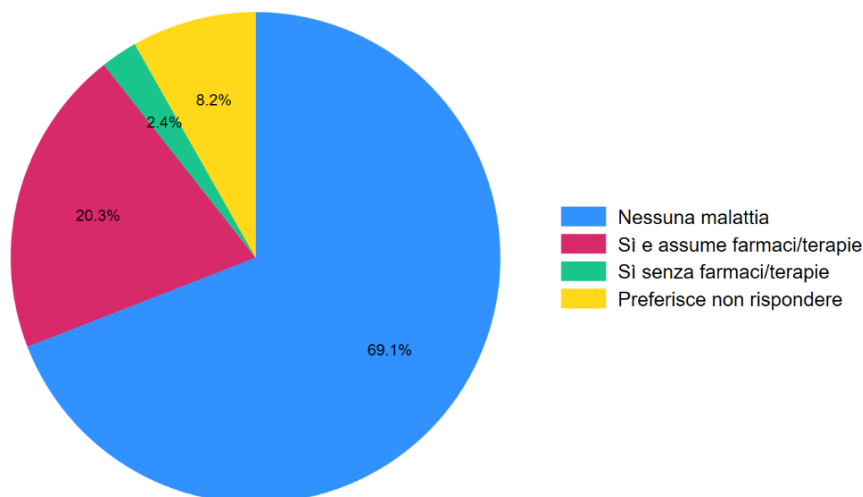
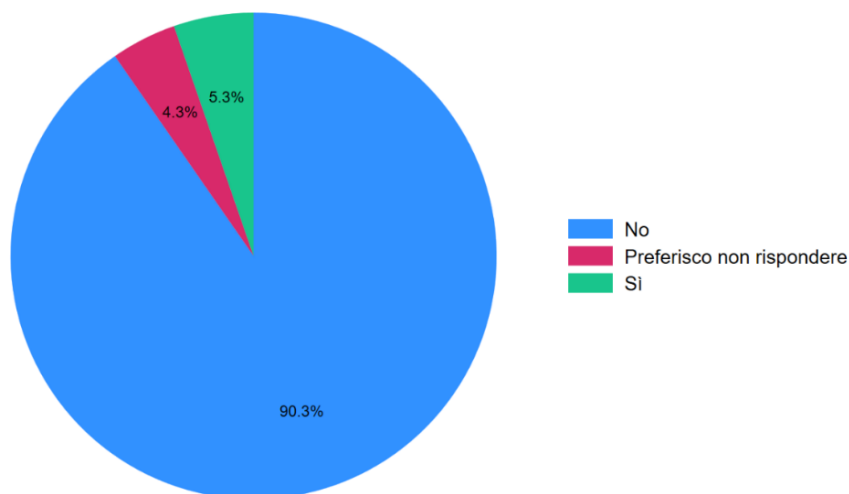


Figura 3. Distribuzione del campione per la presenza di una diagnosi medica e uso di farmaci

Scendendo maggiormente nel dettaglio, tra le partecipanti che hanno una malattia ma non assumono regolarmente i farmaci, la motivazione più frequente per tale mancata assunzione è di natura economica: il 61,5% segnala che i medicinali o le terapie sono troppo costosi. Seguono, con quote molto più contenute, motivazioni legate a mancanza di tempo (15,4%) e, in misura minore, a paura di sviluppare dipendenza, scarsa

motivazione alla cura, o combinazione di più fattori (tutte attorno al 7–8%).

Pur trattandosi di un numero molto contenuto di donne sul totale del campione, questi risultati indicano che, per le donne che vive una condizione patologica, le barriere economiche rappresentano l'ostacolo principale all'aderenza terapeutica, più rilevante rispetto a fattori psicologici o comportamentali.

Figura 4. Distribuzione del campione per presenza di disabilità

Sul totale del campione, la quasi totalità delle partecipanti (90,3%) dichiara di non avere una disabilità, mentre una quota molto

contenuta (11 donne, pari 5,3%) riferisce la presenza di una condizione di disabilità (*Figura 4*). Un ulteriore 4,4% ha preferito non rispondere, probabilmente per motivi di

riservatezza o per difficoltà nel definire la propria condizione.

Il dato evidenzia che, pur trattandosi di una minoranza, nel campione è presente un piccolo gruppo di donne che vive una condizione di disabilità, elemento che può incidere significativamente sul benessere complessivo e sulle possibilità di accesso a servizi e opportunità, certamente acuito dalla situazione di violenza vissuta.

Lo stato di salute psicologica

Spostando l'attenzione dalla salute fisica a quella psicologica (*Figura 5*), una quota contenuta ma significativa di partecipanti (2,9%) dichiara di trovarsi in una condizione di "molto cattiva" salute psicologica, mentre quasi una su cinque (19,3%) la definisce "cattiva", segnalando quindi un disagio psicologico di vario grado che riguarda, complessivamente, oltre un quinto del campione intervistato.

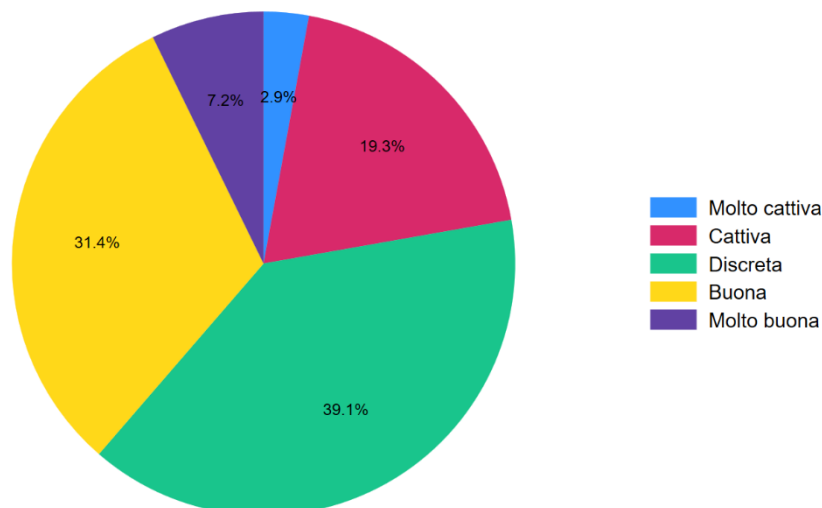
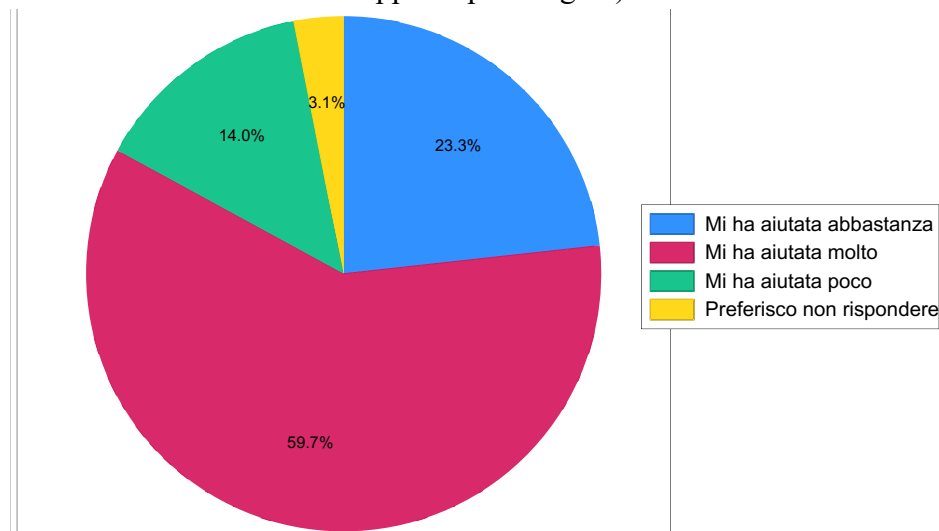
La fascia più consistente delle rispondenti (39,1%) si colloca in una condizione "discreta", suggerendo uno stato psicologico intermedio, con possibili fragilità ma senza una percezione di sofferenza marcata. Un'altra parte rilevante del campione (31,4%) indica una salute psicologica "buona", mentre una quota più ridotta (7,3%) la descrive come "molto buona", rappresentando l'area di maggiore benessere emotivo e mentale.

Nell'insieme, la distribuzione della salute psicologica mostra una situazione di maggiore fragilità rispetto alla salute fisica: solo poco più di un terzo delle intervistate si percepisce in buona o ottima condizione psicologica, mentre una quota non trascurabile segnala difficoltà, talvolta importanti. Questi

dati suggeriscono la presenza di disagio psicologico diffuso, che può riflettere esperienze di stress, traumi o condizioni di vulnerabilità emotiva derivanti dalla situazione di violenza, che richiedono un'attenzione specifica nella progettazione di interventi di supporto e sostegno.

Tra le partecipanti all'indagine, circa il 60% ha usufruito di supporto psicologico o di interventi di psicoterapia negli ultimi 12 mesi, a testimonianza di un'attenzione significativa al benessere mentale. Una quota minore, pari al 17,4%, dichiara di non averne avuto bisogno, mentre l'8,7% segnala di non aver avuto supporto nonostante ne avesse necessità, indicando una possibile barriera all'accesso ai servizi. Infine, il 13,5% non ha ricevuto supporto per motivi diversi, che possono includere difficoltà logistiche, economiche o personali.

Risulta particolarmente rilevante indagare l'efficacia dell'eventuale supporto psicologico ricevuto (*Figura 6*). Considerando solo le 129 donne che hanno dichiarato di avere o aver avuto un supporto psicologico (escludendo, quindi, chi non lo ha seguito o non lo segue), la percezione in termini di efficacia risulta decisamente positiva: il 59,7% dichiara che il percorso "ha aiutato molto", il 23,3% che "ha aiutato abbastanza", solo il 14,0% riferisce che "ha aiutato poco" e il 3,1% non ha, invece, voluto esprimere un giudizio. Nel complesso, quindi, oltre l'80% delle donne che hanno intrapreso un percorso psicologico ne riconosce un impatto positivo, segnalando l'efficacia del supporto nel migliorare il benessere emotivo di chi subisce esperienza di violenza.

Figura 5. Distribuzione del campione per salute psicologica**Figura 6.** Distribuzione del campione per efficacia del supporto psicologico ricevuto (solo donne che hanno ricevuto supporto psicologico)

Nella parte dell'indagine dedicata al benessere psicologico, si è voluto anche analizzare come le partecipanti percepiscono il proprio stato emotivo ed energetico, la qualità delle relazioni sociali e il senso di valorizzazione personale. Sul piano della vitalità ed energia (*Figura 7*), la maggioranza delle rispondenti si colloca in una posizione intermedia: il 43,9% dichiara di sentirsi “qualche volta” piena di energia, mentre il 27,1% afferma di provarlo “spesso”. Solo il 2,9% si sente sempre piena di energia, a fronte di un 26,1% che riporta di provarlo “raramente” o “mai”. Nel

complesso, il dato suggerisce un livello di energia percepita piuttosto variabile, con una prevalenza di condizioni di moderata vitalità, più che di pieno benessere fisico e mentale.

Per quanto riguarda la sensazione di solitudine o isolamento (*Figura 8*), le risposte mostrano un quadro più critico. La maggior parte delle donne riferisce di essersi sentita sola qualche volta (41,1%) o spesso (30,4%), mentre solo il 3,4% dichiara di non essersi mai sentita sola.

Sommando le categorie più frequenti, oltre il 70% delle intervistate ha sperimentato episodi di solitudine nel corso dell'anno,

segnalando la diffusione di un senso di isolamento relazionale che può incidere sul benessere psicologico.

Figura 7. Distribuzione del campione per percezione di sentirsi piena di energia

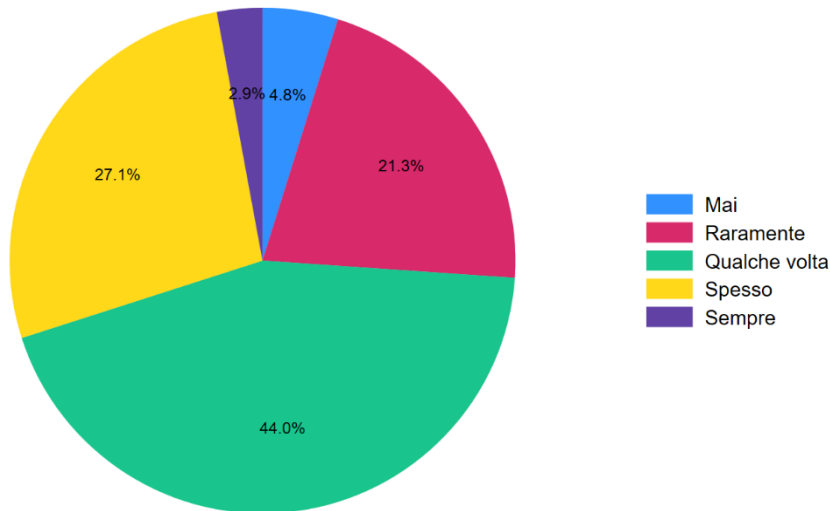
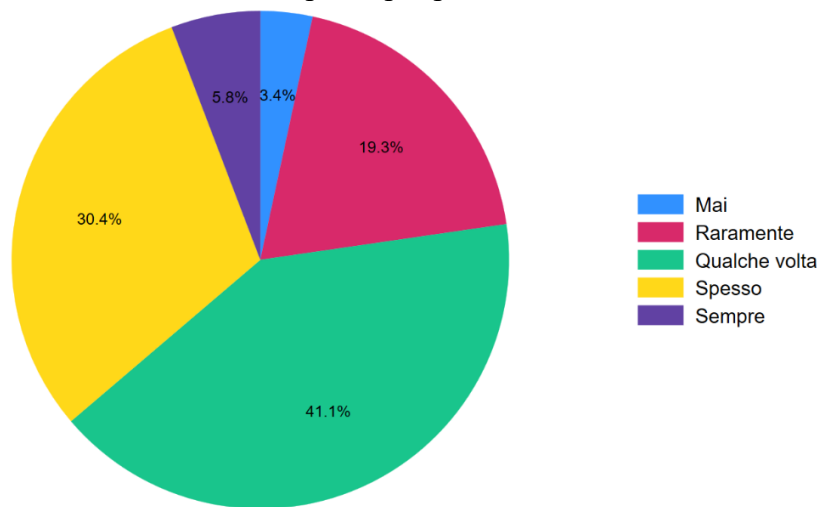


Figura 8. Distribuzione del campione per percezione di solitudine/isolamento



L'ottimismo verso il futuro (*Figura 9*) segue un andamento simile a quello dell'energia: il 44,9% si definisce ottimista "qualche volta" e il 22,7% "spesso", mentre solo il 5,8% si dice sempre ottimista. Anche qui, prevale una percezione moderata e discontinua di fiducia nel futuro, con un quarto del campione che si dichiara raramente o mai ottimista (26,6%).

Un indicatore importante di benessere relazionale è la percezione di essere valorizzate e rispettate dagli altri (*Figura 10*). Il 40,1% delle rispondenti si sente "abbastanza" valorizzata, il 24,1% "molto" e il 3,4% "completamente", mentre il 32,4% dichiara di sentirsi "poco" o "per niente" rispettata. Si osserva dunque un equilibrio tra una maggioranza che vive relazioni positive e una minoranza non trascurabile che sperimenta scarso

riconoscimento e bassa autostima relazionale, fattori che possono influire sul benessere mentale.

Figura 9. Distribuzione del campione per ottimismo verso il futuro

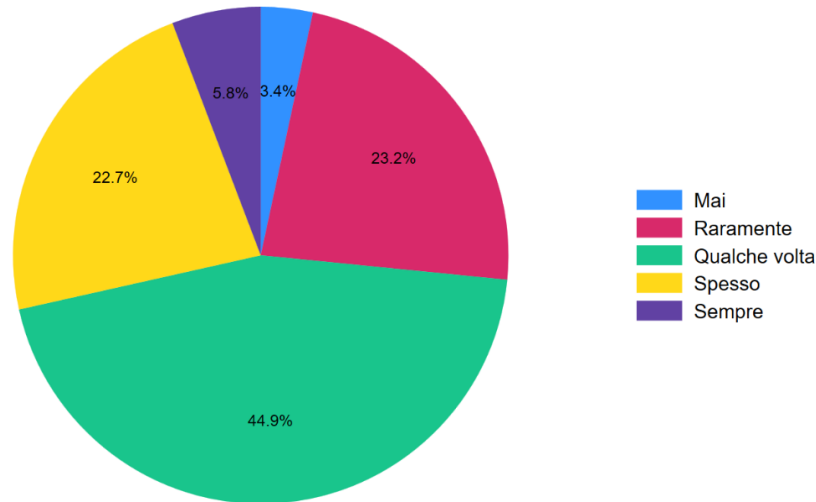
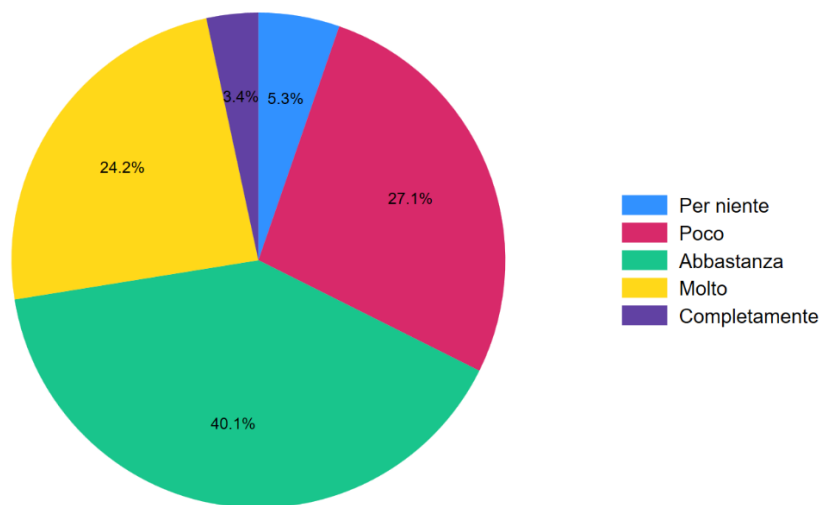


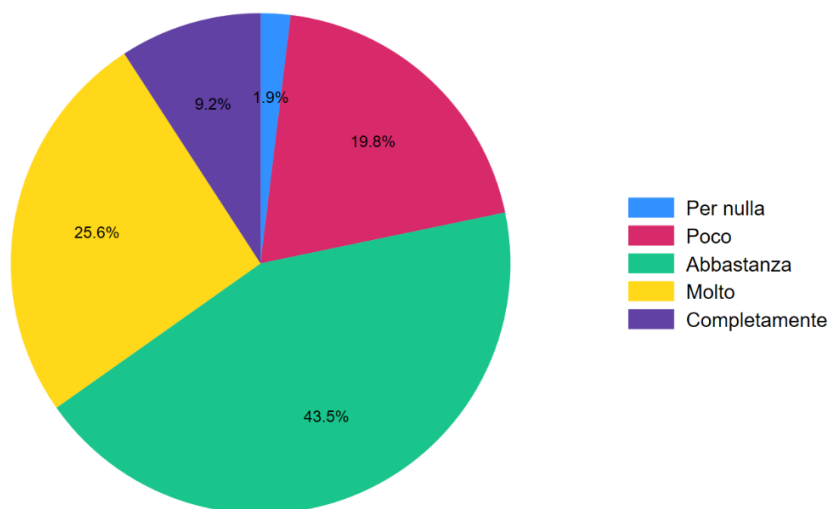
Figura 10. Distribuzione del campione per percezione di essere valorizzate e rispettate



Le domande successive della sezione dedicata al benessere psicologico hanno, invece, indagato anche la capacità di affrontare le criticità, sia di tipo materiale che emotivo, per comprendere il livello di resilienza e di fiducia nelle proprie risorse. Per quanto riguarda la capacità di gestione delle criticità quotidiane (*Figura 11*), le risposte mostrano una buona percezione di auto-efficacia

materiale. Il 43,5% delle partecipanti ritiene di saper affrontare “abbastanza” le difficoltà economiche e organizzative, il 25,6% “molto” e il 9,2% “completamente”. Solamente il 21,7% segnala invece di riuscirci “poco” o “per nulla”. Nel complesso, emerge una discreta fiducia nelle proprie capacità pratiche, pur in un contesto in cui la vulnerabilità economica non è trascurabile.

Figura 11. Distribuzione del campione per percezione di capacità di gestione delle difficoltà materiali



La gestione delle difficoltà emotive o psicologiche (*Figura 12*) appare invece più complessa. Pur restando prevalente la risposta “abbastanza” (39,1%) e “molto” (23,2%), oltre un terzo delle rispondenti (33,3%) dichiara di avere poca o nessuna capacità di affrontare le difficoltà interiori. Ciò conferma la presenza di fragilità emotive diffuse, coerenti con quanto già emerso dagli indicatori di salute psicologica e di solitudine.

Nel complesso, le partecipanti mostrano una resilienza più sviluppata sul piano pratico e

materiale rispetto a quello emotivo e relazionale. Sebbene molte si sentano in grado di gestire i problemi concreti della vita quotidiana, permane una diffusa instabilità emotiva, accompagnata da sentimenti di solitudine e da un ottimismo non sempre stabile. Questi dati suggeriscono la necessità di rafforzare le risorse psicologiche e sociali delle donne, promuovendo interventi che favoriscano la connessione relazionale, l’auto-stima e la fiducia in sé, elementi fondamentali per un benessere complessivo e duraturo.

Figura 12. Distribuzione del campione per percezione di capacità di gestione delle difficoltà emotive

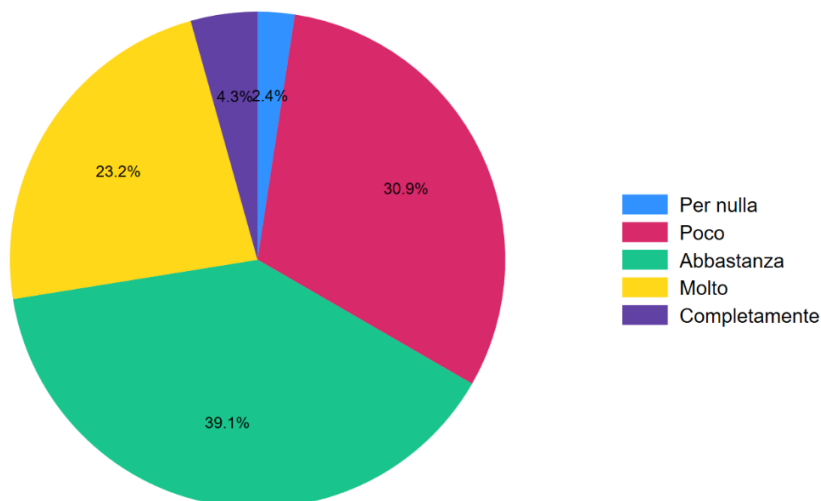
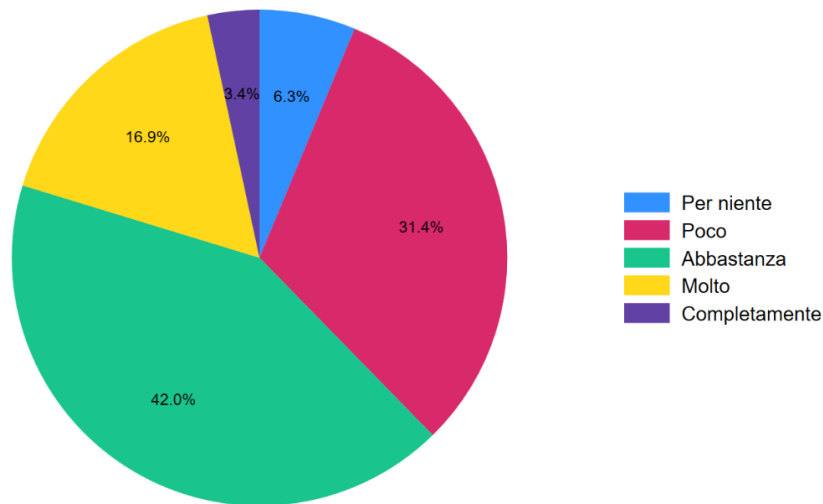


Figura 13. Distribuzione del campione per soddisfazione di vita

L'ultima domanda sugli aspetti psicologici riguarda la soddisfazione di vita complessiva (*Figura 13*). Dall'analisi delle risposte emerge che la maggioranza delle partecipanti si colloca in una fascia intermedia di soddisfazione.

Nello specifico, il 42,0% delle intervistate dichiara di essere "abbastanza" soddisfatta della propria vita, mentre il 16,9% riferisce un grado di soddisfazione "molto" elevato e il 3,4% si ritiene "completamente" soddisfatta. Al contrario, oltre un terzo del campione (37,7%) segnala una soddisfazione bassa o molto bassa, scegliendo le categorie "poco" o "per niente" (31,4% e 6,3%, rispettivamente).

Il quadro generale in merito a questa misura indica che, sebbene una quota significativa delle donne percepisca un buon livello di soddisfazione nella propria vita, permane una porzione rilevante del campione con senso di insoddisfazione o fragilità nel benessere complessivo. Questi dati confermano l'importanza di considerare la soddisfazione di vita come un indicatore integrativo del benessere psicologico ed emotivo, in linea con le precedenti rilevazioni su

energia, ottimismo e capacità di gestione delle difficoltà materiali ed emotive.

L'attività sportiva

Una parte del questionario è stata dedicata ad indagare le pratiche di attività fisica da parte delle rispondenti, considerando lo sport un aspetto fondamentale del benessere fisico e psicologico. Dall'analisi dei dati (*Figura 14*) emerge che quasi la metà delle partecipanti (46,6%) non pratica mai attività fisica o allenamento. Una quota più bassa, pari al 34,3%, riferisce di svolgerla raramente o poco, indicando che per oltre 80% del campione l'attività fisica è poco frequente o assente. Solo una minoranza delle donne dichiara di praticare sport o allenamento con una certa continuità: il 9,8% "spesso" e il 9,3% "regolarmente".

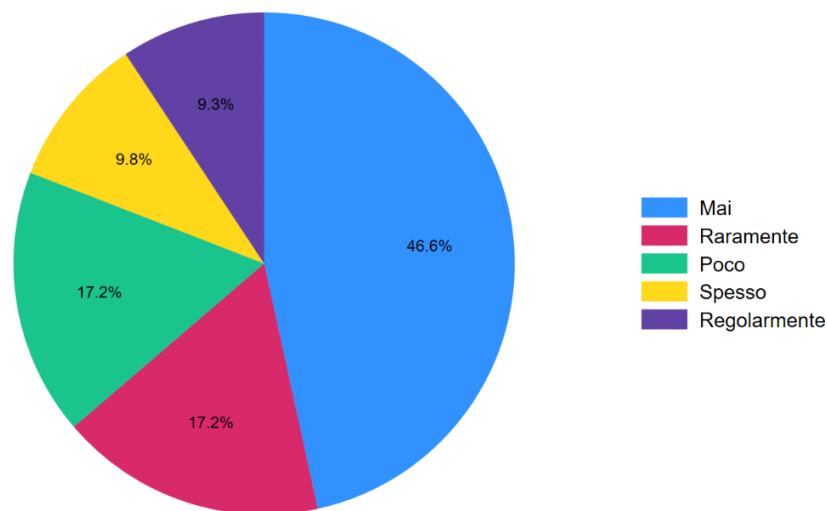
Il quadro generale, dunque, mostra che, sebbene alcune partecipanti mantengano abitudini regolari di esercizio fisico, la maggioranza del campione è fisicamente poco attiva, il che può avere implicazioni sul benessere generale, sull'energia percepita e sulla gestione dello stress. Questi dati evidenziano l'opportunità di promuovere interventi e

programmi di incoraggiamento all'attività fisica, anche come strumento di supporto alla salute mentale e alla resilienza quotidiana.

Considerando solo le 102 donne che praticano attività fisica, la distribuzione dei luoghi di svolgimento mostra una certa varietà. La maggioranza delle partecipanti si allena all'aperto (38,2%), seguono coloro che lo fanno in palestra (29,4%), chi pratica attività in casa (23,5%), infine una piccola quota si allena in altri centri aggregativi (8,8%).

Quindi, tra le donne attive, emerge una tendenza a preferire spazi all'aperto, probabilmente per motivi di flessibilità e accessibilità, mentre la palestra e la pratica domestica coprono una quota significativa, evidenziando modalità diversificate di mantenersi in movimento. Questo suggerisce che eventuali interventi per promuovere l'attività fisica potrebbero valorizzare sia spazi pubblici all'aperto sia opportunità domestiche o in centri locali, per coinvolgere più facilmente le partecipanti.

Figura 14. Distribuzione del campione per frequenza di attività fisica



Tra le donne che non svolgono attività fisica, i motivi principali per tale mancata attività indicati singolarmente sono: mancanza di tempo (30,2%), disinteresse personale (“Non mi va”, 24,5%) e limitazioni economiche (20,8%). Una quota più ridotta segnala problemi di salute o fisici (4,7%). Circa un quinto delle partecipanti indica combinazioni di barriere, ad esempio “non ne ho il tempo e non mi va” o “non ne ho il tempo e non ho la possibilità economica”, evidenziando che per alcune donne le difficoltà sono multidimensionali.

Nel complesso, la distribuzione descrive un quadro in cui la mancanza di tempo

rappresenta l'ostacolo più frequente, seguita da disinteresse e fattori economici, mentre le barriere combinate sottolineano la complessità dei fattori che limitano l'attività fisica. Questo suggerisce che eventuali interventi dovrebbero essere flessibili, accessibili e attenti alle diverse esigenze delle partecipanti.

L'accesso ai servizi sanitari

Quasi tutte le partecipanti dichiarano di avere un medico o una medica di riferimento: il 53,6% indica un medico uomo, mentre il 44,9% una medica donna. Solo una minima parte (1,5%) non ha un medico di

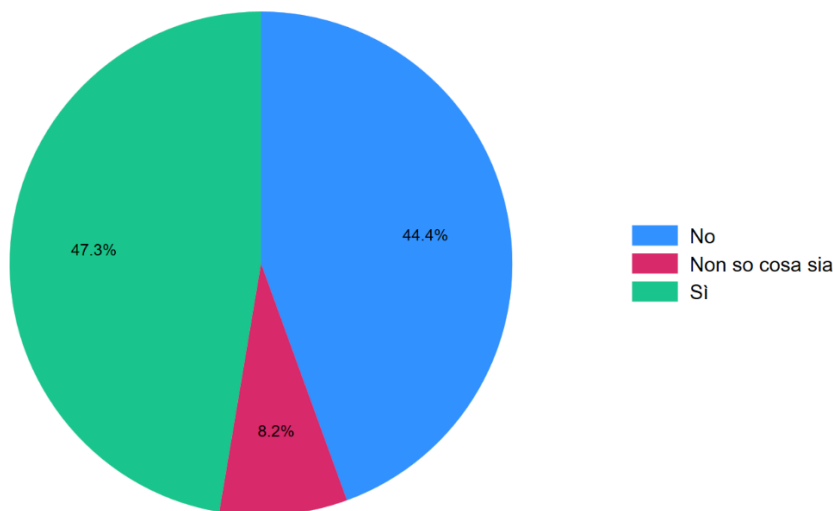
base. Questo dato evidenzia un ampio accesso formale ai servizi sanitari primari nel campione.

Riguardo alla frequenza con cui le donne si rivolgono al/alla loro medico/a di base, la maggioranza vi si reca “solo in caso di sintomi” (49,8%) o “raramente” (19,8%), mentre una quota più contenuta lo fa regolarmente, ad esempio “almeno una volta ogni sei mesi” (18,8%) o “almeno una volta al mese” (8,7%). Solo il 2,9% non si rivolge mai al/alla medico/a. Questi risultati suggeriscono che, sebbene l’accesso al medico di base sia quasi universale, l’utilizzo preventivo e continuativo dei servizi sanitari è limitato. La maggior parte delle donne si rivolge

al medico principalmente in presenza di problemi o sintomi, indicando un approccio più reattivo che preventivo alla gestione della propria salute.

Nell’indagine è stato anche chiesto alle partecipanti se avessero fatto ricorso al consultorio familiare, con l’obiettivo di comprendere l’accesso a servizi di supporto alla salute sessuale, riproduttiva e alla maternità. I dati (*Figura 15*) mostrano una distribuzione piuttosto equilibrata: il 47,3% delle donne dichiara di aver utilizzato il consultorio, mentre il 44,4% non vi ha fatto ricorso. Una piccola quota (8,2%) non sa cosa sia il consultorio, evidenziando una mancanza di informazione su questo servizio.

Figura 15. Distribuzione del campione per ricorso al consultorio familiare



Tra le donne che hanno frequentato il consultorio, la maggior parte ha usufruito dei servizi relativi alle visite ginecologiche di prevenzione e controllo, che rappresentano oltre il 50% delle risposte pertinenti. Altri servizi, come la consulenza e prescrizione contraccettiva, il sostegno in gravidanza o le informazioni e procedure per l’interruzione volontaria di gravidanza, sono stati indicati da un numero molto più limitato di

partecipanti. Molte donne hanno fatto ricorso al consultorio per più di una motivazione.

Alle intervistate è stato chiesto se avessero mai dovuto rinunciare a delle cure mediche pur avendone necessità. Considerando solo le partecipanti per cui la domanda è rilevante (escludendo i 61 casi “Non pertinente” che hanno dichiarato di non aver mai necessitato cure o terapie), emerge che circa il 14% delle donne dichiara di non essere riuscita ad

accedere a cure sanitarie di cui aveva bisogno. La maggioranza, pari al 50,7%, riferisce invece di non aver avuto difficoltà nell'accesso alle cure, mentre una piccola quota (5,8%) preferisce non rispondere.

Questi dati indicano che, tra chi ha necessità di cure, una parte del campione incontra barriere all'accesso ai servizi sanitari, evidenziando aree di fragilità nell'assistenza sanitaria che potrebbero richiedere interventi mirati per garantire un accesso equo e tempestivo alle cure necessarie.

Se si analizzano i motivi del mancato accesso a cure necessarie, considerando solo le partecipanti per cui la domanda è rilevante, emerge che i motivi principali per non aver potuto accedere alle cure sono di natura economica, logistica o legata alla situazione di violenza. In particolare, problemi economici sono citati dal 24% delle partecipanti, talvolta in combinazione con difficoltà logistiche o familiari, evidenziando come le risorse limitate rappresentino un ostacolo concreto all'accesso ai servizi sanitari.

Un'altra componente significativa riguarda i problemi legati alla situazione di violenza, riportati dal 31% delle donne, sottolineando come la condizione di vulnerabilità possa complicare l'accesso alle cure necessarie. Infine, emergono motivi più rari, come difficoltà psicologiche (7%) o problemi logistici isolati o combinati (7%), che contribuiscono a rendere l'accesso ai servizi sanitario non uniforme.

Nel complesso, tra le donne che hanno incontrato difficoltà nell'accesso alle cure, emerge un quadro di ostacoli multidimensionali, in cui fattori economici, logistici, familiari e legati alla violenza si intrecciano, indicando la necessità di interventi mirati per rimuovere le barriere e garantire un accesso equo e tempestivo alle cure. Nel complesso,

tra le donne che hanno incontrato difficoltà nell'accesso alle cure, emerge un quadro di ostacoli multidimensionali, in cui fattori economici, logistici, familiari e legati alla violenza si intrecciano, indicando la necessità di interventi mirati per rimuovere le barriere e garantire un accesso equo e tempestivo alle cure.

Le attività di prevenzione

Per approfondire il rapporto tra la violenza e la salute in una prospettiva preventiva, è stato chiesto alle intervistate se, negli ultimi due anni, avessero effettuato uno o più controlli tra i seguenti: visita ginecologica, Pap-test, mammografia, visita cardiologica, dermatologica, oculistica, dentistica o altri esami specialistici. Dalle risposte raccolte emerge un quadro incoraggiante, con un'ampia adesione alle pratiche preventive (*Figura 16*): il 91,3% del campione afferma di aver effettuato almeno una visita o un esame nel periodo considerato.

Scendendo nel dettaglio, osservando la frequenza con cui le partecipanti si sottopongono a visite, controlli e screening di prevenzione (*Figura 17*) emerge una partecipazione alla prevenzione che, seppur considerevole, non si traduce in una routine sistematica. Oltre un quarto del campione (26,6%) riferisce di effettuare controlli annuali, indicando così una quota di donne che considera la prevenzione come parte della propria routine sanitaria. A questa si affianca un'ulteriore 27,5% che si sottopone a visite ogni due o tre anni, mostrando un approccio comunque periodico, seppur meno regolare.

Tuttavia è interessante notare che, la quota più ampia, pari al 37,2%, dichiara di ricorrere agli esami solo in presenza di sintomi. Questo dato indica una prevalenza di comportamenti di tipo reattivo, in cui la

prevenzione non è intesa come diagnosi precoce, ma come intervento successivo alla comparsa di un disturbo. Seppur in modo minoritario vi è la presenza dell'8,7% di donne che dichiara di non sottoporsi mai a

controlli. Questa porzione del campione rappresenta un segmento potenzialmente vulnerabile, maggiormente esposto al rischio di diagnosi tardive o di trascuratezza della propria salute.

Figura 16. Distribuzione del campione per controlli medici effettuati negli ultimi due anni

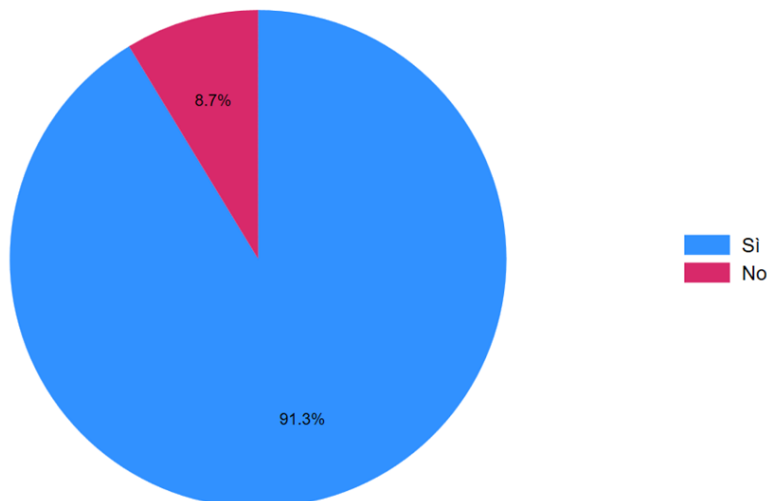
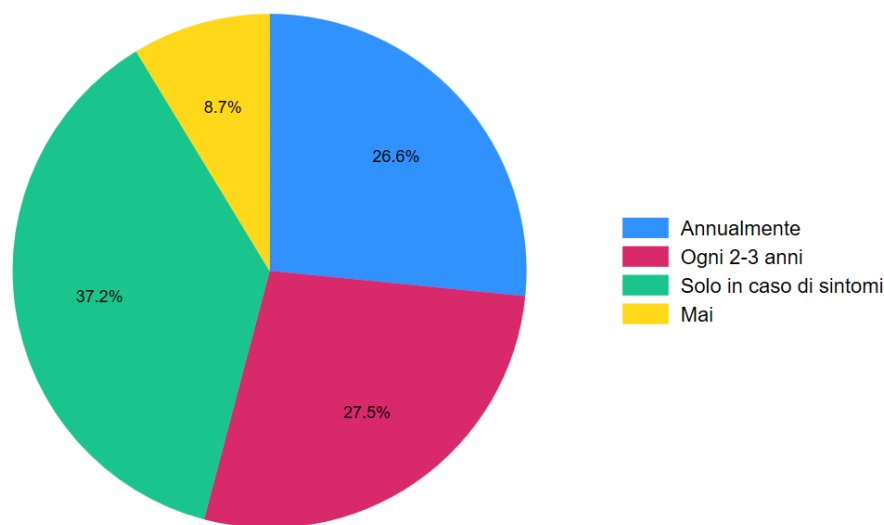


Figura 17. Distribuzione del campione per frequenza esami di prevenzione



Un ulteriore approfondimento riguarda la frequenza con cui le rispondenti si sottopongono agli esami di routine dell'analisi del sangue (*Figura 18*), una delle pratiche più comuni di monitoraggio dello stato di salute. A differenza dei controlli specialistici, vi è una maggiore consapevolezza nell'effettuare i controlli degli esami del sangue, e il

38,2% delle donne dichiara di effettuarli con cadenza annuale. Una quota pari al 17,4% effettua le analisi del sangue ogni due o tre anni, mantenendo comunque un ritmo periodico ma non regolare. Più rilevante è il dato relativo al 40,1% delle partecipanti, che dichiarano di sottoporsi agli esami solo in caso di comparsa dei disturbi.

Questo conferma la tendenza già osservata a privilegiare un approccio occasionale, orientato alla gestione del sintomo, piuttosto che una vera pratica preventiva. Infine, il 4,3% del campione dichiara di non sottoporsi mai

agli esami del sangue, una percentuale ridotta ma che segnala la presenza di un gruppo più distante dalle pratiche di prevenzione di base.

Figura 18. Distribuzione del campione per frequenza esami del sangue

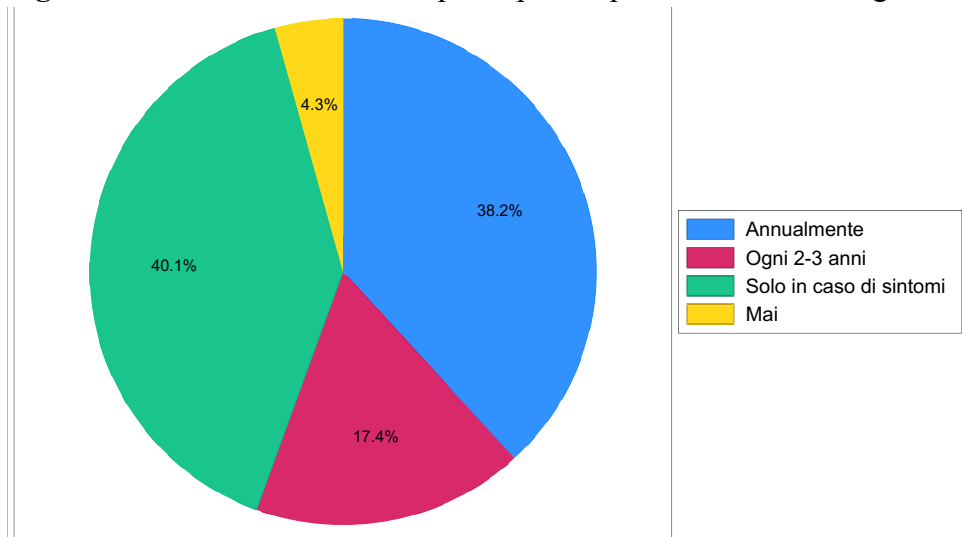
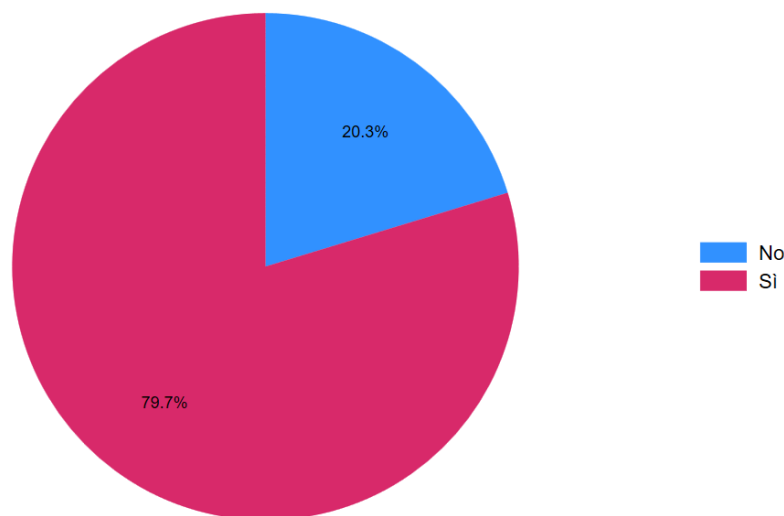


Figura 19. Distribuzione del campione per conoscenza di campagne di screening gratuite



Parallelamente all'analisi sull'adesione ai controlli preventivi, è stata valutata anche la conoscenza delle campagne di screening gratuite promosse sul territorio. La maggior parte delle partecipanti (79,7%) dichiara di esserne informata, mentre il 20,3% non ne ha mai sentito parlare (Figura 19). Sebbene questo dato attesti una discreta diffusione delle informazioni relative alla prevenzione,

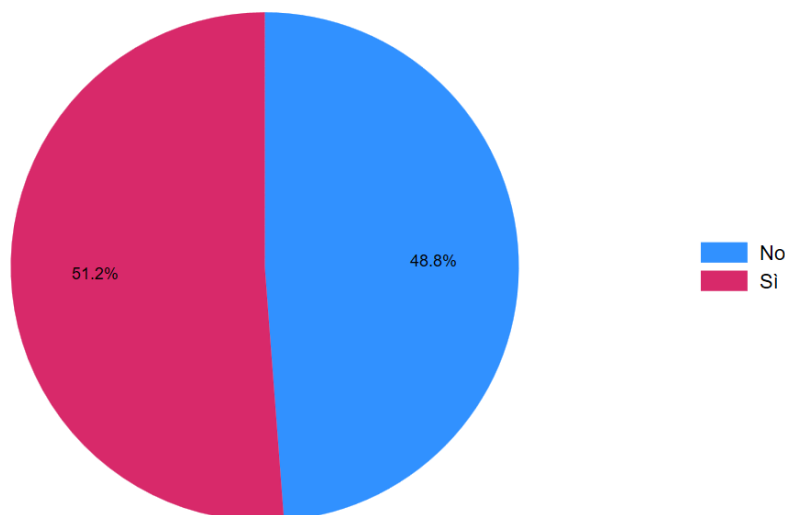
evidenzia al contempo l'esistenza di una quota non trascurabile di donne che rischia di essere esclusa non per mancanza di servizi, ma per carenza informativa.

Tuttavia, nonostante un'ampia conoscenza delle campagne di screening gratuite, la partecipazione effettiva risulta più contenuta (Figura 20). Il 51,2% delle partecipanti dichiara di aver aderito almeno una volta alle

iniziative di screening promosse sul territorio, mentre il 48,8% riferisce di non avervi mai preso parte. Questo scarto tra conoscenza e adesione evidenzia che l'informazione, pur necessaria, non è di per sé

sufficiente a garantire l'accesso ai servizi di prevenzione.

Figura 20. Distribuzione del campione per adesione a campagne di screening gratuite



La partecipazione alle campagne di screening gratuite presenti sul territorio può essere influenzata da diversi fattori soggettivi, come la disponibilità di tempo, il grado di familiarità con i percorsi sanitari o eventuali timori legati all'esito clinico. In questo senso, l'adesione a tali campagne può essere considerata un indicatore della possibilità effettiva, da parte delle rispondenti, di prendersi cura della propria salute in modo consapevole e continuativo.

L'esperienza delle donne presso il centro antiviolenza

Per valutare l'impatto del percorso intrapreso all'interno dei centri antiviolenza, è stato chiesto alle partecipanti di descrivere i cambiamenti percepiti nel proprio stato di salute, sia fisica che psicologica, nella fase successiva all'accesso del servizio. L'analisi di questi aspetti consente di comprendere

non solo l'efficacia degli interventi di protezione e supporto, ma anche il loro ruolo nel processo di recupero e ricostruzione personale.

L'analisi della percezione dello stato di salute fisica dopo l'ingresso nel centro antiviolenza (*Figura 21*) restituisce un quadro complessivamente positivo. Più della metà delle rispondenti (54,6%) dichiara un miglioramento della propria condizione fisica, segno di un effetto favorevole del percorso di supporto anche sul benessere corporeo, spesso compromesso dalle conseguenze della violenza.

Una quota rilevante (38,6%) riporta una condizione fisica invariata, che, pur non indicando un miglioramento, evidenzia quanto meno una stabilizzazione della condizione fisica. Solo una piccola percentuale (1,9%, pari a solo 4 unità) segnala un peggioramento dello stato di salute fisica, mentre il 4,8% preferisce non rispondere.

L'andamento della salute psicologica (Figura 22) restituisce risultati ancor più incoraggianti rispetto a quello fisico. La grande maggioranza delle partecipanti (75,8%) dichiara un miglioramento del proprio

benessere mentale dopo l'accesso al centro, evidenziando l'impatto positivo del percorso di accoglienza, ascolto e supporto emotivo ricevuto dai servizi antiviolenza.

Figura 21. Distribuzione del campione per stato di salute fisica percepito dopo essersi rivolta al centro

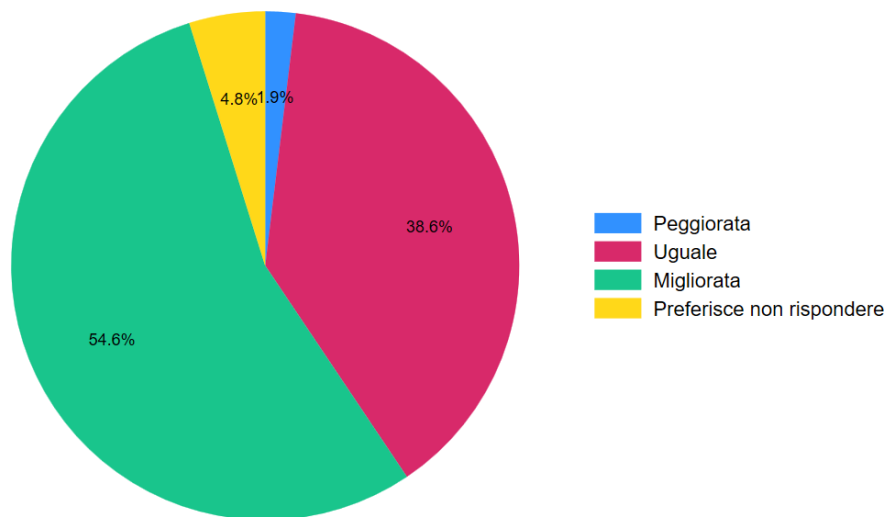
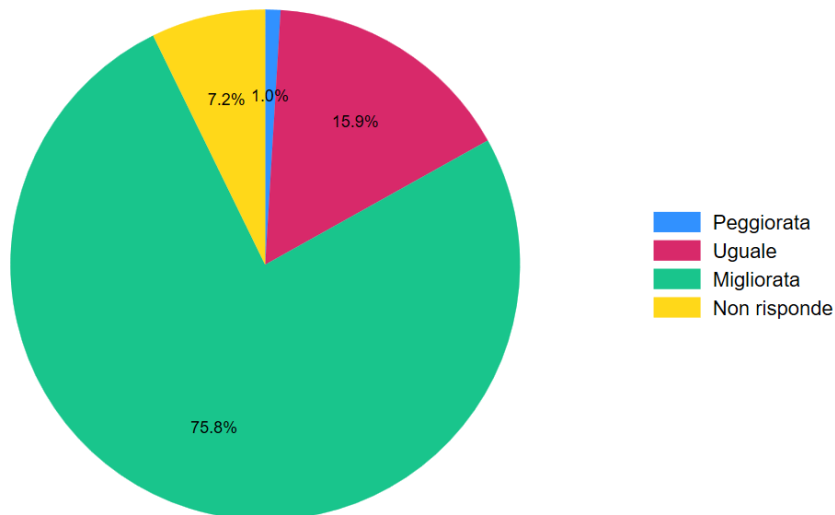


Figura 22. Distribuzione del campione per stato di salute psicologica percepito dopo il centro



Una quota minoritaria (15,9%) segnala una condizione psicologica invariata. Anche in questo caso, la stabilità può essere interpretata come un risultato non negativo, soprattutto considerando che molte donne arrivano ai centri in situazioni di forte stress e paura. Solo l'1% (2 unità) indica un

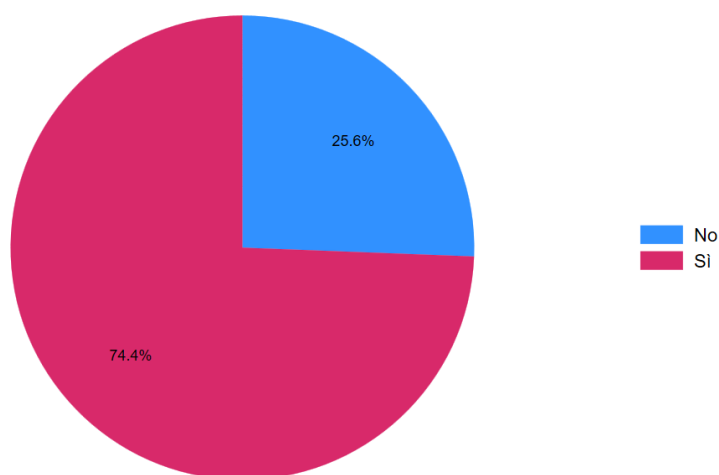
peggioramento, mentre il 7,2% preferisce non rispondere, probabilmente perché non sente di esprimere una valutazione in merito nella fase attuale del suo percorso.

Nel complesso, i risultati relativi al cambiamento dello stato di salute fisica e psicologica mostrano come il sostegno offerto dai

centri antiviolenza possa incidere positivamente non soltanto sulla protezione immediata, ma anche sul benessere complessivo delle donne. Il miglioramento dichiarato dalla maggioranza del campione suggerisce

l'importanza dei centri anti violenza, capaci di accompagnare le donne nelle fasi di recupero, sostenendo processi di cura, empowerment e rinascita personale.

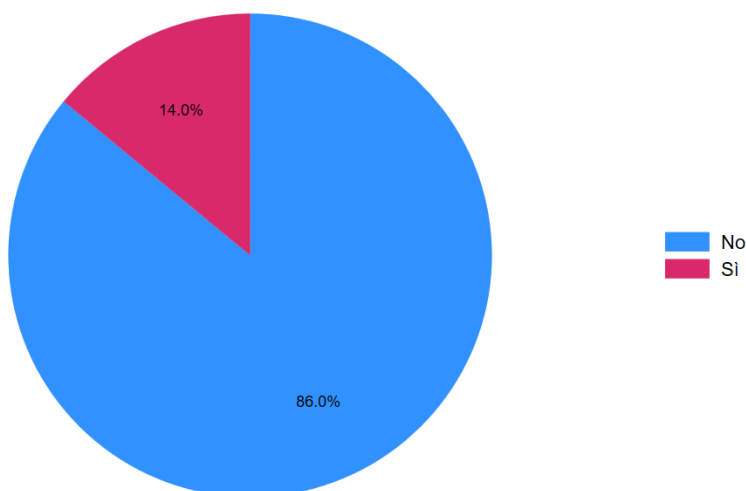
Figura 23. Distribuzione del campione per localizzazione del centro antiviolenza rispetto alla provincia di residenza



Infine, un passaggio successivo è stato quello di analizzare la localizzazione dei centri antiviolenza per comprendere l'accessibilità territoriale e le effettive opportunità di richiesta di supporto. I dati rilevati (*Figura 23*) mostrano che la maggior parte delle

donne (74,4%) si è rivolta a un centro situato nella propria provincia di residenza, indicando una buona copertura territoriale dei servizi e alla relativa accessibilità. Tuttavia, una parte del campione (25,6%) ha dovuto raggiungere una struttura al di fuori del proprio territorio provinciale.

Figura 24. Distribuzione del campione per esperienza pregressa ad un centro antiviolenza



Per comprendere meglio la natura degli accessi al centro anti violenza, è stata analizzata anche un'eventuale esperienza pregressa. I dati (*Figura 24*) evidenziano che, per la maggioranza delle partecipanti (86%), si tratta del primo accesso, mentre solo il 14% dichiara di essersi già rivolta in passato ad un altro centro. Questo quadro assume ulteriore rilievo in relazione al periodo di accesso, in cui si è registrato che il 67,1% delle richieste di aiuto ai centri antiviolenza si concentra negli anni più recenti, tra il 2023 e il 2025.

Analisi bivariate

Per approfondire le relazioni tra le principali dimensioni di benessere, salute e condizioni

socioeconomiche delle partecipanti, sono state condotte una serie di analisi bivariate, volte a esplorare l'associazione tra variabili sociodemografiche, condizioni di vita e comportamenti di prevenzione sanitaria.

L'obiettivo di queste analisi è duplice: da un lato, individuare pattern di relazione tra fattori individuali (età, situazione economica, presenza di figli, stato di salute percepito) e l'accesso o l'adesione ai servizi di prevenzione e cura; dall'altro, cogliere eventuali disuguaglianze che possano influenzare la salute fisica e psicologica delle donne.

I risultati sono stati ottenuti mediante test chi-quadro di indipendenza, che consentono di verificare la presenza di associazioni statisticamente significative tra le variabili considerate.

Tabella 5. Frequenza degli esami di prevenzione per fascia d'età. Marginali di colonna.

Fascia d'età	Frequenza con cui effettui esami di prevenzione				
	Annualmente	Ogni 2-3 anni	Solo in caso di sintomi	Mai	Totale
< 18 anni	0.00	0.00	1.30	0.00	0.48
18-24	3.64	1.75	12.99	16.67	7.73
25-34	14.55	8.77	25.97	38.89	19.32
35-44	27.27	24.56	27.27	33.33	27.05
45-54	36.36	31.58	24.68	11.11	28.50
55-64	14.55	29.82	6.49	0.00	14.49
65 e oltre	3.64	3.51	1.30	0.00	2.42

Pearson chi2(18) = 40.1796 Pr = 0.002

È importante, tuttavia, sottolineare che, trattandosi di un campione numericamente limitato, le frequenze in alcune celle possono risultare ridotte, influenzando la potenza statistica del test. Le associazioni emerse, pertanto, vanno lette come indicazioni di tendenza più che come prove definitive, ma forniscono comunque un quadro interpretativo

utile per comprendere i nessi tra vulnerabilità, salute e accesso ai servizi. Riportiamo nel dettaglio solo le associazioni che si sono rivelate statisticamente significative. Nella *Tabella 5* riportiamo la distribuzione della frequenza di esami di prevenzione per fascia di età. L'associazione tra età e frequenza degli esami di prevenzione è significativa

($\chi^2(18)=40.18$; $p=0.002$). È possibile osservare, una chiara relazione generazionale.

Tra le fasce più giovani (<18 anni, 18–24 e 25–34) prevale un approccio saltuario alla prevenzione, legato principalmente all’effettuare visite ed esami “solo in caso di sintomi”. Tuttavia, un dato allarmante riguarda proprio questa fascia d’età, in cui il 38,89% di donne dichiara di non effettuare mai esami di prevenzione. Questo primo andamento indica che, nelle generazioni più giovani, la prevenzione non è ancora consolidata come pratica regolare, ma viene attivata in modo reattivo, soltanto in presenza di sintomi.

Tra i 35 e i 54 anni, si registra il più alto ricorso a controlli regolari: nella fascia 45–54 anni, il 36,36% dichiara di effettuare esami annualmente e il 31,58% ogni 2–3 anni. In questa fase della vita, la prevenzione assume un ruolo centrale, grazie a una maggiore consapevolezza dei rischi per la salute e ad

un contatto frequente di controlli medici, soprattutto in relazione a screening specifici (visite ginecologiche, mammografie ecc.)

Nelle fasce più adulte (55–64 e 65+) si osserva un rallentamento della prevenzione attiva, con una riduzione dei controlli annuali, ma una prevalenza di comportamenti orientati a visite ogni 2–3 anni. In entrambe le fasce d’età nessuna donna dichiara di non effettuare mai i controlli (“Mai” = 0%), segno che la prevenzione, pur meno frequente, continua ad essere mantenuta attraverso un rapporto con i servizi sanitari.

Nella *Tabella 6* è riportata la distribuzione bivariata della variabile relativa alla partecipazione a campagne di screening per fasce d’età. Anche la partecipazione alle campagne di screening gratuite mostra un’associazione fortemente significativa con l’età ($\chi^2(6)=47.65$; $p<0.001$).

Tabella 6. Partecipazione a campagne di screening gratuite per fascia d’età. Marginali di colonna.

Fascia d’età	Partecipazione a campagne di screening gratuite		
	No	Si	Totale
< 18 anni	0.99	0.00	0.48
18–24	13.86	1.89	7.73
25–34	31.68	7.55	19.32
35–44	28.71	25.47	27.05
45–54	18.81	37.74	28.50
55–64	5.94	22.64	14.49
65 e oltre	0.00	4.72	2.42

Pearson $\chi^2(6) = 47.6530$ Pr = 0.000

Nelle fasce più giovani (<18, 18–24 e 25–34 anni) si osserva una partecipazione ridotta. Ad esempio, nella fascia 25–34, il 31,68% non partecipa alle campagne di screening gratuite presenti sul territorio e solo il 7,55% dichiara di prenderne parte. Questo

comportamento suggerisce una limitata adesione alla prevenzione sistematica, in coerenza con quanto osservato in precedenza, dove i controlli medici vengono effettuati solo in caso di necessità percepita. La fascia tra i 35–54 anni rappresenta invece il punto di maggiore adesione: tra i 35–44 anni la

partecipazione raggiunge il 25,47%, mentre tra i 45–54 anni si registra il valore più alto, pari al 37,74%.

Nelle fasce più mature (55–64 e ≥ 65 anni) si osserva una lieve riduzione dell'adesione annuale, ma non un abbandono della prevenzione: il 22,64% delle donne tra i 55–64 anni partecipa comunque agli screening, e tra le over 65 non si registrano casi di totale mancata partecipazione (No = 0%).

Questi risultati confermano la dinamica generazionale osservata in precedenza: poiché tra le fasce più giovani i controlli di prevenzione vengono effettuati solo in presenza di sintomi, è coerente che le donne in età più adulta mostrino una maggiore adesione alle campagne di screening, che si basano su un approccio propriamente preventivo. Dai dati pare che le campagne di screening raggiungano più efficacemente le donne mature appartenenti al nostro campione, probabilmente per motivi di maggior contatto con il sistema sanitario e per l'aumento

dell'attenzione alla salute in età adulta. Le più giovani, invece, appaiono un target meno coinvolto, segnalando la necessità di strategie comunicative e informative mirate.

La distribuzione bivariata della frequenza dell'attività fisica per età è riportata in *Tabella 7*. Le fasce centrali, tra 25 e 54 anni, mostrano la maggiore varietà di comportamenti: accanto a chi si allena regolarmente, resta una quota consistente che dichiara di farlo solo raramente o mai. Le più giovani (18–24 anni) risultano sorprendentemente poco attive, mentre le donne 55–64 anni mostrano un equilibrio migliore, con una quota non trascurabile di praticanti regolari.

L'attività fisica appare dunque distribuita in modo eterogeneo, ma complessivamente modesto, suggerendo la necessità di rafforzare la promozione di stili di vita attivi in tutte le fasce d'età. La relazione tra età e pratica di attività fisica è anch'essa significativa ($\chi^2(24)=45.95$; $p=0.004$).

Tabella 7. Pratica sportiva per fascia d'età. Marginali di colonna.

Fascia d'età	Fai attività fisica (allenamento)?					
	Mai	Raramente	Poco	Spesso	Regolarmente	Totale
< 18 anni	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26	0.49
18–24	7.37	8.57	14.29	5.00	0.00	7.84
25–34	18.95	14.29	17.14	20.00	36.84	19.61
35–44	34.74	17.14	25.71	30.00	0.00	26.47
45–54	28.42	45.71	22.86	20.00	21.05	28.92
55–64	9.47	14.29	20.00	15.00	31.58	14.71
65 e oltre	1.05	0.00	0.00	10.00	5.26	1.96

Pearson $\chi^2(24) = 45.9485$ Pr = 0.004

La *Tabella 8* riporta la distribuzione dello stato di salute psicologica percepito per numero di figli. L'associazione tra le due variabili è significativa ($\chi^2(12)=21.70$; $p=0.041$). Tra le donne senza figli, prevalgono le

valutazioni collocate nelle fasce intermedie della salute psicologica ("cattiva" 37,50% e "discreta" 25,93%), mentre le percezioni positive risultano meno frequenti rispetto alle madri.

Nelle donne con un figlio, la salute psicologica appare più equilibrata: le valutazioni positive aumentano (“buona” 27,69%, “molto buona” 33,33%), suggerendo una possibile presenza di supporto affettivo e relazionale che contribuisce al benessere emotivo.

Tra le donne con due figli, il gruppo più numeroso, le dichiarazioni di stato di salute positive sono ancora più marcate (“buona” 38,46% e “molto buona” 33,33%). Mentre

nel quadro di benessere psicologico per le donne con tre o più figli, prevalgono le categorie intermedie, ad esempio “discreta” 16,05% e “buona” 18,46%.

Questi dati sembrano, dunque, suggerire che il maggiore carico familiare associato alla presenza dei figli (in particolare quando questi sono in numero maggiore di due) può influire negativamente sull’equilibrio emotivo, probabilmente per effetto dello stress e della ridotta disponibilità di tempo per sé.

Tabella 8. Stato di salute psicologica percepito per numero di figli. Marginali di colonna.

Numero di figli/figlie	Stato di salute psicologica attuale (percepito)					
	Molto cattiva	Cattiva	Discreta	Buona	Molto Buona	Totale
0	0.00	37.50	25.93	15.38	13.33	23.19
1	0.00	27.50	25.93	27.69	33.33	26.57
2	100.00	30.00	32.10	38.46	33.33	35.75
3 o più	0.00	5.00	16.05	18.46	20.00	14.49

Pearson chi2(12) = 21.7016 Pr = 0.041

Sempre rimanendo nel campo della salute psicologica percepita, anche la relazione tra questo indicatore e il supporto psicologico ricevuto è, comprensibilmente, altamente significativa ($\chi^2(12)=53.19$; $p<0.001$) (Tabella 9).

I dati mostrano chiaramente che non tutte le donne si trovano nella stessa situazione: alcune vivono un benessere stabile, altre sono riuscite a richiedere aiuto, ma esiste anche un gruppo particolarmente vulnerabile che - pur avendo bisogno - non è riuscito ad accedere a un sostegno psicologico. Le donne che dichiarano di non aver avuto bisogno di supporto sono quelle che presentano i livelli più alti di benessere psicologico: oltre il 60% riferisce uno stato “buono” e più del 22% lo definisce “molto buono”. In questo caso,

l’assenza di intervento coincide con una condizione di equilibrio già consolidato.

Al contrario, per chi afferma di non aver ricevuto supporto, nonostante ne avesse bisogno, prevalgono chiaramente i livelli di disagio: quasi la metà descrive la propria salute psicologica come “cattiva”. Si tratta del segmento più fragile, quello in cui la mancanza di accesso al sostegno rischia di aggravare la sofferenza.

Invece, tra coloro che hanno ricevuto supporto psicologico, le valutazioni tendono a posizionarsi nelle fasce intermedie (“discreta” o “buona”): non si tratta di una condizione di pieno benessere, ma di un possibile percorso di stabilizzazione o recupero. Seguire un supporto psicologico, non elimina automaticamente il disagio, ma

contribuisce a contenerlo e a prevenire un ulteriore peggioramento.

Complessivamente, le donne che dichiarano uno stato di salute “buono” o “molto buono” sono in larga maggioranza tra coloro che non hanno avuto bisogno di un sostegno professionale, mentre tra chi riferisce una condizione “cattiva” o “molto cattiva” si

concentra la quota più alta di chi avrebbe avuto bisogno ma non ha potuto accedere.

Questi dati evidenziano non solo l’impatto del disagio psicologico sul benessere delle donne, ma suggeriscono anche la presenza di ostacoli nell’accesso ai servizi di salute mentale, confermando l’importanza di potenziare l’offerta di supporto psicologico e di ridurre le barriere di accesso.

Tabella 9. Stato di salute psicologica percepito per supporto psicologico ricevuto. Marginali di colonna.

Ricevere supporto psicologico (negli ultimi 12 mesi)	Stato di salute psicologica attuale (percepito)				
	Molto cattiva	Cattiva	Discreta	Buona	Molto Buona
No, non ne ho avuto bisogno	0.00	0.00	13.89	63.89	22.22
No, nonostante ne avessi bisogno	5.56	44.44	33.33	11.11	5.56
No, per altri motivi	3.57	21.43	53.57	21.43	0.00
Si	3.20	20.80	44.00	27.20	4.80
Totale	2.90	19.32	39.13	31.40	7.25

Pearson chi2(12) = 53.1948 Pr = 0.000

La salute fisica mostra, invece, un’associazione statisticamente significativa con la situazione economica (Tabella 10) ($\chi^2(12)=31.75$; $p=0.002$). Nello specifico, tra le donne in gravi difficoltà economiche, la salute fisica si colloca prevalentemente nelle

fasce intermedie (“discreta” 13,51% e “buona” 10,00%). Il gruppo più numeroso è quello che fatica ad arrivare a fine mese, dove si concentra la quota più alta di valutazioni negative (“cattiva” 52,63%) e un’elevata percentuale di “discreta” (27,03%).

Tabella 10. Stato di salute fisica percepito e condizioni economiche. Marginali di colonna.

Situazione economica attuale	Stato di salute fisica attuale (percepito)					Totale
	Molto cattiva	Cattiva	Discreta	Buona	Molto Buona	
Gravi difficoltà	0.00	10.53	13.51	10.00	12.50	11.59
Fatico ad arrivare a fine mese	0.00	52.63	27.03	25.56	12.50	27.05
Spese con attenzione	0.00	10.53	32.43	44.44	25.00	34.78
Nessuna difficoltà	0.00	0.00	9.46	14.44	33.33	13.53

Preferisce non rispondere	0.00	26.32	17.57	5.56	16.67	13.04
----------------------------------	------	-------	-------	------	-------	-------

Pearson chi2(12) = 31.7530 Pr = 0.002

Questo evidenzia come l'incertezza economica quotidiana rappresenti un fattore di vulnerabilità per la salute fisica, probabilmente per l'effetto combinato di stress, minor prevenzione e rinuncia a cure per la mancanza di risorse materiali.

Al contrario, tra le donne che riescono a sostenere le spese, seppur con attenzione, la salute percepita migliora sensibilmente: il 44,44% dichiara uno stato "buono" e il 25,00% "molto buono". Le valutazioni migliori si osservano tra chi dichiara di non avere difficoltà economiche, con il 33,33% che riporta una salute "molto buona" e il 14,44% "buona" (quindi, quasi il 50% del campione ha almeno una buona salute percepita). Un dato interessante è che, in questa fascia, non si registrano casi di salute percepita come "cattiva" (0,00%).

Le partecipanti con gravi difficoltà economiche o in condizioni precarie evidenziano un livello di salute fisica peggiore,

confermando la stretta relazione tra benessere economico e benessere corporeo, dove le disuguaglianze materiali si riflettono direttamente sullo stato di salute percepito.

Questo elemento rafforza il legame tra stabilità economica e benessere fisico, suggerendo che condizioni materiali più favorevoli possano favorire una maggiore capacità di prendersi cura di sé e di accedere in modo più regolare alle cure e alla prevenzione. Dai risultati osservati emerge un gradiente socio-sanitario: al crescere delle difficoltà economiche corrisponde un peggioramento della salute percepita. Le difficoltà economiche possono limitare l'accesso a cure, controlli e stili di vita salutari, influenzando negativamente sul benessere fisico percepito. Viceversa, una maggiore stabilità economica consente una cura di sé più regolare e un ricorso più agevole ai servizi sanitari.

Tabella 11. Partecipazione a campagne di screening per situazione economica. Marginali di colonna.

Partecipazione a campagne di screening gratuite	Situazione economica attuale					
	Gravi difficoltà	Faticoso ad arrivare a fine mese	Spese con attenzione	Nessuna difficoltà	Preferisce non rispondere	Totale
Si	50.00	51.79	50.00	78.57	25.93	51.21
No	50.00	48.21	50.00	21.43	74.07	48.79

Pearson chi2(4) = 15.3617 Pr = 0.004

Anche l'adesione alle campagne di screening gratuite è associata in modo significativo dalla situazione economica ($\chi^2(4)=15.36$; $p=0.004$) (Tabella 11),

confermando che anche di fronte a servizi sanitari privi di costi diretti permangono differenze di adesione legate alle condizioni materiali. Le donne in condizioni

economiche più favorevoli (“nessuna difficoltà”) mostrano i tassi di partecipazione agli screening più elevati (quasi l’80%), mentre tra chi dichiara di avere gravi difficoltà economiche l’adesione scende al di sotto del 50%.

È particolarmente significativo che questa differenza emerga nonostante gli screening siano gratuiti. Ciò suggerisce l’esistenza di barriere indirette (logistiche, informative, psicologiche, ecc.), non strettamente legate alla dimensione economica, che limitano l’accesso delle donne più vulnerabili, riflettendo un meccanismo di esclusione sanitaria anche nei servizi universalistici. In continuità con quanto osservato nell’analisi precedente per lo stato di salute fisica, le donne con condizioni economiche più fragili non solo riportano livelli inferiori di benessere fisico, ma partecipano meno anche alle campagne di prevenzione organizzata, esponendosi a un ulteriore rischio di esclusione sanitaria. Viceversa, la stabilità economica sembra favorire anche comportamenti preventivi più consapevoli e continuativi.

Infine, la *Tabella 12* riporta la distribuzione dell’indicatore relativo alle mancate cure per area territoriale di residenza delle donne, mostrando un’associazione significativa

($\chi^2(6)=23.10$; $p=0.001$) che segnala differenze territoriali nel modo in cui le donne dichiarano il mancato accesso ai servizi sanitari necessari.

Nella categoria di chi non ha ricevuto le cure necessarie, il valore più elevato si registra nel Sud e Isole (44,83%), segnalando maggiori difficoltà nell’ottenere le prestazioni sanitarie. Il Nord presenta invece una percentuale inferiore (31,03%), suggerendo una situazione relativamente più favorevole, ma non priva di criticità.

Per quanto riguarda la categoria di chi ha ricevuto le cure necessarie, il Nord mostra la quota più alta (70,48%), indicando una maggiore capacità del sistema territoriale di garantire l’erogazione delle cure. Il Centro e meridione riportano le percentuali più basse (rispettivamente 12,38% e 17,14%), evidenziando divari nei servizi disponibili.

Questa differenza territoriale riflette le disparità strutturali nell’offerta sanitaria, ma anche la diversa capacità di orientarsi e accedere ai servizi pubblici. Il dato segnala la persistenza di una frattura geografica nell’uguaglianza sanitaria, con il Centro-Nord più tutelato e il Mezzogiorno in posizione di maggiore vulnerabilità.

Tabella 12. Mancate cure per aree territoriale di residenza. Marginali di colonna.

Macro Aree territoriali di residenza	Accesso a cure necessarie			
	Non ricevute	Ricevute	Preferisce non rispondere	Non ne ha avuto bisogno
Nord	31.03	70.48	66.67	42.62
Centro	24.14	12.38	8.33	27.87
Sud e Isole	44.83	17.14	25.00	29.51

Pearson chi2(6) = 23.0986 Pr = 0.001

In sintesi, le analisi bivariate condotte mostrano un quadro coerente: l’età, la condizione economica e il carico familiare si

rivelano fattori determinanti nel modulare il livello di salute percepita, la partecipazione alle pratiche di prevenzione e l’accesso ai

servizi. Pur con i limiti di numerosità del campione, i risultati indicano la presenza di disuguaglianze multidimensionali – economiche, territoriali e psicologiche – che incidono sulla salute delle donne. Le elaborazioni in corso proseguiranno in questa direzione, con l’obiettivo di approfondire le relazioni multivariate e individuare i profili di maggiore vulnerabilità su cui orientare le politiche di prevenzione e sostegno.

Un focus sull’impatto della situazione di violenza su alcuni aspetti della cura e della prevenzione

In questa sezione abbiamo voluto concentrare l’attenzione sul legame tra le esperienze di violenza e alcuni comportamenti legati alla cura di sé e alla prevenzione sanitaria. L’obiettivo è comprendere se e in che modo la violenza possa incidere sull’accesso ai servizi, sulla regolarità dei controlli medici e sulla partecipazione alle campagne di screening.

Attraverso l’analisi delle diverse variabili – dalla frequenza dei contatti con il medico di base alla fiducia personale nella capacità di affrontare le difficoltà, fino alla percezione di isolamento sociale – si è cercato di cogliere le dimensioni più nascoste della relazione tra salute e violenza.

Questo approfondimento permette di evidenziare non solo eventuali differenze nei comportamenti sanitari, ma anche le barriere psicologiche, relazionali e materiali che possono portare a rinunciare alle cure necessarie o a interrompere i percorsi di prevenzione.

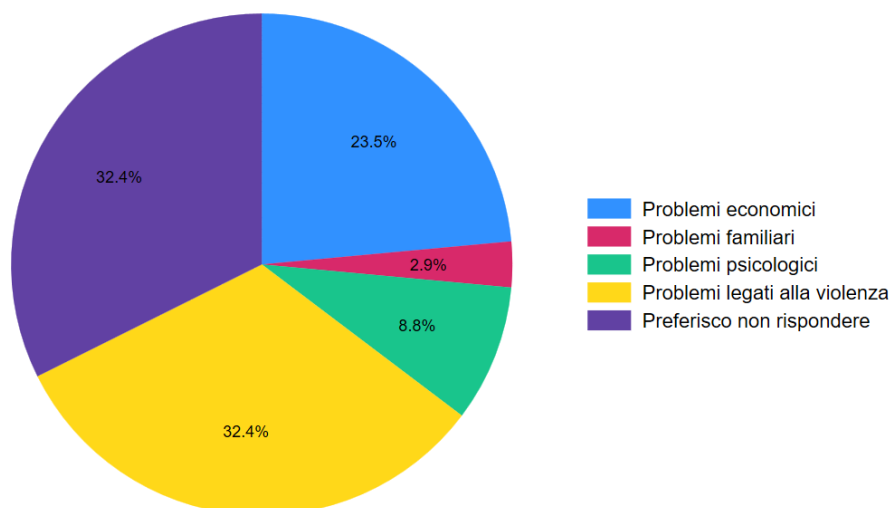
Incidenza e caratteristiche delle donne che hanno dichiarato vincoli nelle cure legati alla violenza subita

La *Figura 25* mostra in modo chiaro la distribuzione delle principali cause di mancato accesso alle cure. I problemi legati alla violenza si attestano come motivazione più rilevante (indicata dal 32,4% delle rispondenti). La modalità “Preferisco non rispondere” raggiunge la stessa percentuale (32,4%).

La sovrapposizione quantitativa tra questi due valori è particolarmente significativa: il fatto che una quota così elevata di persone scelga di non dichiarare il motivo potrebbe indicare una difficoltà emotiva o un senso di vergogna legati proprio all’esperienza di violenza o a contesti familiari problematici.

Tra le altre cause emergono i problemi economici (indicati dal 23,5% del campione), che restano un ostacolo importante ma non predominante, e i problemi psicologici (8,8%), che possono essere sia conseguenza della violenza sia fattori concomitanti che ostacolano la richiesta di aiuto. I problemi familiari diretti (2,9%) appaiono invece marginali nel campione analizzato.

Nel complesso, il grafico suggerisce che la violenza – diretta o implicita – rappresenta la principale barriera all’accesso alle cure, seguita da motivazioni economiche e psicologiche. L’elevata percentuale di non risposte rafforza l’ipotesi che il tema sia sensibile e spesso taciuto, rivelando un bisogno di maggiore tutela, ascolto e riservatezza nei percorsi di assistenza sanitaria.

Figura 25. Distribuzione della motivazione per la quale non si sono ricevute cure necessarie

Osservando la distribuzione per età delle donne che non si sono curate per via della situazione di violenza subita (*Tabella 13*),

emergono alcuni importanti elementi di riflessione.

Tabella 13. Distribuzione per età delle donne che non si sono curate per problemi legati alla situazione di violenza. Marginali di colonna.

Fascia d'età	Non si è curata per problemi legati alla situazione di violenza		
	No	Si	Totale*
< 18 anni	0.51	0.00	0.48
18-24	7.18	16.67	7.73
25-34	20.00	8.33	19.32
35-44	27.18	25.00	27.05
45-54	28.21	33.33	28.50
55-64	14.36	16.67	14.49
65 e oltre	2.56	0.00	2.42

L'analisi per fascia d'età mostra che la rinuncia alle cure dovuta a situazioni di violenza non varia significativamente tra i gruppi anagrafici: le percentuali di donne che dichiarano di non essersi curate restano distribuite in modo omogeneo, con valori lievemente più elevati nelle fasce centrali (35-54 anni). Tale uniformità suggerisce che l'impatto della violenza sulla possibilità di accedere alle cure è trasversale rispetto

all'età, e dunque indipendente dalla fase di vita o dalla maturità personale.

Il legame tra situazione di violenza e prevenzione

Dalla *Tabella 14* emerge una differenza interessante tra chi ha rinunciato alle cure a causa della violenza e chi non ha riportato questa difficoltà. Le persone che non si sono curate per problemi legati alla violenza

tendono a rivolgersi al medico di base con modalità più irregolari o condizionate da esigenze contingenti. In particolare, la quota di chi si reca dal medico “in caso di sintomi” è più alta tra le persone che hanno mancato cure (58,3%) rispetto a chi non ha avuto questo problema (49,2%). Allo stesso modo, la percentuale di chi si rivolge al medico “raramente” è leggermente maggiore tra chi ha vissuto la mancata cura (25% contro 19,5%).

Al contrario, nelle categorie che indicano una frequenza più regolare dei contatti sanitari, come “almeno una volta al mese” o “ogni 6 mesi”, si osservano differenze opposte: nel gruppo che non si è curato per motivi di violenza, la quota di visite mensili è doppia (16,7% rispetto all’8,2%), mentre nessuna delle persone che ha vissuto la violenza

riferisce visite “ogni 6 mesi” (contro il 20% tra le altre).

Nel complesso, queste variazioni – pur in un quadro di non significatività statistica ($p = 0.398$) – suggeriscono che la violenza può interferire con la regolarità del rapporto con il medico di base. Le persone coinvolte sembrano oscillare tra due comportamenti opposti: da un lato chi si rivolge al medico solo in situazioni di necessità o emergenza, dall’altro chi aumenta la frequenza dei contatti forse in cerca di supporto o rassicurazione. In entrambi i casi, tuttavia, emerge una relazione con il sistema sanitario meno stabile e più problematica rispetto a chi non ha subito violenza.

Tabella 14. Distribuzione delle donne per frequenza di contatto col medico di base e problemi legati alla situazione di violenza. Marginali di colonna.

Ricorso al medico di base	Non si è curata per problemi legati alla situazione di violenza		
	No	Si	Totale
Almeno una volta mese	8.21	16.67	8.70
Ogni 6 mesi	20.00	0.00	18.84
In caso di sintomi	49.23	58.33	49.76
Raramente	19.49	25.00	19.81
Mai	3.08	0.00	2.90

L’analisi della frequenza dei controlli di prevenzione (Tabella 15) mostra che chi non si è curato per problemi legati alla violenza tende a svolgere i controlli con una regolarità leggermente inferiore rispetto a chi non ha vissuto questa difficoltà. In particolare, nel gruppo che ha sperimentato la violenza, è più alta la quota di chi effettua controlli solo in presenza di sintomi (41,7% contro 36,9%) e di chi li esegue ogni 2-3 anni (33,3% contro 27,2%), mentre la percentuale di chi

effettua controlli annualmente risulta lievemente più bassa (25% contro 26,7%).

Sebbene il test chi-quadro ($p = 0.719$) non evidenzia una differenza statisticamente significativa, che può essere dovuta – come più volte evidenziato – anche alla bassa numerosità campionaria, i dati suggeriscono una tendenza verso una minore regolarità dei comportamenti preventivi tra chi ha vissuto situazioni di violenza. L’assenza di casi nella categoria “mai” può essere letta non tanto come segnale di maggiore attenzione alla

salute, quanto come effetto della necessità di rivolgersi al sistema sanitario solo in situazioni di urgenza o di sintomatologia evidente.

In continuità con quanto osservato nella frequenza dei contatti con il medico di base, anche qui si delinea un rapporto più

frammentato e reattivo con la prevenzione: la violenza sembra incidere non sulla totale esclusione dai percorsi di cura, ma sulla discontinuità e sulla motivazione con cui le donne vi accedono, privilegiando interventi a problema già insorto piuttosto che un approccio regolare e proattivo alla salute.

Tabella 15. Distribuzione delle donne per frequenza dei controlli di prevenzione e problemi legati alla situazione di violenza. Marginali di colonna.

Frequenza controlli di prevenzione	Non si è curata per problemi legati alla situazione di violenza		
	No	Si	Totale
Annualmente	26.67	25.00	26.57
Ogni 2-3 anni	27.18	33.33	27.54
In caso di sintomi	36.92	41.67	37.20
Mai	9.23	0.00	8.70

L'analisi della frequenza con cui vengono eseguiti gli esami del sangue (Tabella 16) mostra differenze contenute ma comunque significative dal punto di vista interpretativo tra chi ha mancato cure per motivi legati alla violenza e chi non ha vissuto questa condizione. Nel gruppo che ha sperimentato la violenza, si osserva una percentuale leggermente più alta di persone che effettua esami annualmente (41,7% contro 38%) e, contemporaneamente, una quota più elevata di chi non li effettua mai (8,3% contro 4,1%).

Questa polarizzazione tra chi mantiene un rapporto regolare con la diagnostica di base e chi invece vi rinuncia completamente suggerisce un rapporto ambivalente con la prevenzione: alcune persone, pur vivendo situazioni di violenza, mantengono o addirittura intensificano i controlli di routine, forse come forma di attenzione alla propria salute o di compensazione rispetto ad altre aree di vulnerabilità; altre, invece, tendono a interrompere del tutto la pratica, probabilmente a causa di ostacoli emotivi, relazionali o logistici legati al contesto di violenza.

Tabella 16. Distribuzione delle donne per frequenza degli esami del sangue e problemi legati alla situazione di violenza. Marginali di colonna.

Frequenza con cui effettui esami del sangue	Non si è curata per problemi legati alla situazione di violenza		
	No	Si	Totale
Annualmente	37.95	41.67	38.16
Ogni 2-3 anni	17.44	16.67	17.39
In caso di sintomi	40.51	33.33	40.10
Mai	4.10	8.33	4.35

Il test chi-quadro ($p = 0.884$) conferma che non esiste una differenza statisticamente significativa tra i gruppi, ma il quadro complessivo conferma quanto già emerso nelle tabelle precedenti: la violenza non elimina del tutto il contatto con il sistema sanitario, ma può renderlo irregolare, discontinuo o estremizzato. In altre parole, la relazione con la cura non scompare, ma cambia forma, oscillando tra un eccesso di controllo e una totale rinuncia, segno di una gestione della salute influenzata da fattori psicologici più che da bisogni strettamente clinici.

La *Tabella 17* riporta la relazione tra la partecipazione alle campagne di screening gratuite e la presenza di mancate cure dovute a situazioni di violenza. I risultati mostrano una differenza marcata tra i due gruppi: tra chi non si è curato per motivi legati alla violenza, la grande maggioranza non partecipa alle campagne di screening (75%), mentre tra chi non ha vissuto questa condizione la quota scende al 47,2%. Al contrario, solo un quarto delle persone che ha sperimentato la violenza prende parte alle iniziative di

prevenzione, contro oltre la metà (52,8%) del resto del campione.

Questa tendenza, pur non raggiungendo la soglia di significatività statistica ($p = 0.061$), è prossima a tale valore e suggerisce quindi un legame potenziale tra l'esperienza di violenza e una minore partecipazione ai programmi di prevenzione pubblica. È plausibile che la violenza limiti la fiducia nelle istituzioni sanitarie o riduca la disponibilità a esporsi in contesti collettivi, come quelli delle campagne gratuite, che richiedono un certo grado di apertura e di interazione con il personale sanitario.

Nel complesso, la tabella conferma una relazione negativa tra vissuto di violenza e partecipazione attiva alla prevenzione, coerente con quanto osservato nelle altre dimensioni analizzate: la violenza non solo influisce sul comportamento di cura, ma può compromettere la propensione a usufruire delle opportunità di salute pubblica, accentuando così i rischi di esclusione sanitaria e di mancata diagnosi precoce.

Tabella 17. Distribuzione delle donne per partecipazione a campagne di screening e problemi legati alla situazione di violenza. Marginali di colonna.

Partecipazione alle campagne di screening gratuite	Non si è curata per problemi legati alla situazione di violenza		
	No	Si	Totale
No	47.18	75.00	48.79
Si	52.82	25.00	51.21

Il legame tra situazione di violenza e aspetti di salute psicologica

La situazione di violenza subita ha un impatto anche su aspetti più soggettivi e psicologici della salute, come la fiducia nelle proprie capacità e la percezione di isolamento.

Come mostra la *Tabella 18*, la distribuzione della fiducia nella capacità di affrontare le sfide varia sensibilmente tra chi ha e chi non ha mancato cure per motivi legati alla violenza. In particolare, tra coloro che non si sono curate si osservano percentuali più alte nelle categorie “Per niente” (8,3% contro

0,5%) e “Poco” fiduciose (33,3% contro 22%), mentre la quota di chi dichiara di sentirsi “abbastanza” capace di affrontare le difficoltà scende al 25% rispetto al 49% del gruppo di confronto.

Il test del chi-quadro ($p = 0.054$) segnala una quasi significatività statistica, indicando una

relazione plausibile tra la minore fiducia personale e la tendenza a rinunciare alle cure. Questo risultato suggerisce che la violenza non incide solo sull’accesso materiale ai servizi, ma mina anche le risorse psicologiche individuali – in particolare l’autoefficacia – necessarie per chiedere aiuto o intraprendere percorsi di cura

Tabella 18. Distribuzione delle donne per fiducia in loro stesse nella capacità di affrontare le sfide e problemi legati alla situazione di violenza. Marginali di colonna.

Fiducia nella capacità di affrontare le sfide	Non si è curata per problemi legati alla situazione di violenza vissuta		
	No	Si	Totale
Per niente	0.51	8.33	0.97
Poco	22.05	33.33	22.71
Abbastanza	49.23	25.00	47.83
Molto	21.03	25.00	21.26
Completamente	7.18	8.33	7.25

La *Tabella 19*, infine, evidenzia il ruolo dell’isolamento sociale. Le persone che si sentono spesso o sempre sole rappresentano la quota più ampia tra chi ha mancato cure per motivi di violenza (rispettivamente 58,3% e 16,7%), mentre nel gruppo di

confronto prevalgono le risposte “qualche volta” (42%) o “raramente” (20,5%). Il test del chi-quadro ($p = 0.049$) conferma una significatività statistica, indicando che il senso di solitudine è fortemente associato alla rinuncia alle cure.

Tabella 19. Distribuzione delle donne per sensazione di solitudine/isolamento e problemi legati alla situazione di violenza. Marginali di colonna.

Sentirsi sola/isolata negli ultimi 12 mesi	Non si è curata per problemi legati alla situazione di violenza vissuta		
	No	Si	Totale
Mai	3.59	0.00	3.38
Raramente	20.51	0.00	19.32
Qualche volta	42.05	25.00	41.06
Spesso	28.72	58.33	30.43
Sempre	5.13	16.67	5.80

Nel complesso, queste due tabelle delineano un quadro coerente: la violenza agisce anche sul piano emotivo e relazionale, indebolendo

la fiducia personale e aumentando la percezione di isolamento. Entrambi i fattori si traducono in barriere psicologiche all’accesso

ai servizi sanitari, riducendo la probabilità di cercare o mantenere percorsi di cura regolari. La mancata cura non appare quindi come una semplice scelta o disattenzione,

ma come l'esito di un processo di vulnerabilità complesso, in cui l'esperienza di violenza compromette il rapporto con sé stessi e con gli altri.

Analisi multivariate

Introduzione metodologica

Per analizzare i fattori associati ai diversi comportamenti di prevenzione e di accesso ai servizi sanitari, sono stati stimati sette modelli di regressione logistica (logit), uno per

ciascun outcome (variabile dipendente) considerato. La forma generale del modello è la seguente:

$$\text{logit}(p_i) = \ln \left(\frac{p_i}{1 - p_i} \right) = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}$$

dove p_i rappresenta la probabilità che la persona i presenti l'esito in esame (ad esempio, aver effettuato un controllo medico), e i coefficienti β_j stimano l'effetto delle variabili esplicative.

I risultati vengono espressi come odds ratios (OR), cioè il rapporto tra la probabilità che l'evento si verifichi e quella che non si verifichi, a parità delle altre condizioni. Un OR maggiore di 1 indica un'associazione positiva con la variabile esplicativa (maggiore probabilità dell'evento), mentre un OR inferiore a 1 indica un'associazione negativa (minore probabilità).

Poiché la numerosità del campione è limitata, molte relazioni non risultano statisticamente significative, pur mostrando andamenti coerenti in termini di segno (legame positivo o negativo) con i pattern teoricamente attesi. I risultati vanno, dunque, letti in chiave esplorativa, concentrandosi sulle direzioni delle associazioni e sui gruppi più vulnerabili, al fine di avere indicazioni sulle

variabili che si associano alla dimensione indagata. I modelli verranno ristimati una volta raggiunta una numerosità più elevata del campione.

Variabili incluse nel modello

Nei modelli stimati, le variabili dipendenti rappresentano diverse forme di accesso o utilizzo dei servizi sanitari e sono tutte codificate come variabili dicotomiche (dummy), che assumono valore 1 se la condizione è verificata e 0 altrimenti.

In particolare, i modelli analizzano sette dimensioni principali:

1. l'effettuazione di esami di prevenzione una volta all'anno,
2. la partecipazione a campagne di screening,
3. la realizzazione di controlli medici specialistici (ad esempio visite ginecologiche o cardiologiche) negli ultimi due anni,

4. il ricorso al consultorio familiare,
5. l'aver svolto esami del sangue negli ultimi due o tre anni,
6. l'aver ricevuto le cure necessarie
7. e, infine, la percezione di un buono stato di salute fisica.

Ciascuna di queste variabili misura, in forma binaria, un diverso aspetto della prevenzione, dell'accesso ai servizi sanitari e del benessere fisico percepito, consentendo di individuare eventuali differenze legate alle caratteristiche individuali e sociali delle partecipanti all'indagine.

Le variabili esplicative incluse nei modelli logit sono di natura socio-demografica, economica, relazionale e comportamentali, e mirano a cogliere i principali fattori che possono influenzare lo stato di salute, l'accesso alle cure e le pratiche di prevenzione messe in atto dalle donne intervistate.

Tra le caratteristiche individuali inserite rientrano: l'età, suddivisa in fasce per evidenziare le differenze generazionali; la nazionalità straniera, definita in base alla nascita in un paese estero e utile per esplorare eventuali disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari legate all'origine della rispondente. La situazione familiare è descritta attraverso il numero di figli e la presenza di figli maggiorenni, ipotizzando che responsabilità familiari diverse possano avere un impatto sull'uso dei servizi.

Un altro set di indicatori riguarda lo status socio-economico. Il titolo di studio rappresenta la dimensione del capitale culturale e viene utilizzato per esplorare l'associazione tra livello di istruzione e comportamento preventivo. Dal punto di vista occupazionale, sono considerate diverse situazioni: lavoratrici stabili, lavoratrici occasionali, disoccupate e inattive, in modo da cogliere come la posizione lavorativa possa incidere

sulla possibilità di accedere ai servizi sanitari. Un'ulteriore variabile inclusa riguarda la difficoltà economica percepita, che permette di osservare se la condizione materiale (o, per meglio dire, la percezione che la rispondente ne ha) può costituire una barriera all'accesso alle cure e alla prevenzione.

Sono state, inoltre, prese in considerazione alcune variabili attinenti alla sfera della salute fisica e psicologica che sono certamente legate agli aspetti di salute e prevenzione indagati: la presenza di una disabilità, l'aver una o più malattie croniche o condizioni di salute persistenti, la percezione di un buono stato di salute psicologica, la frequenza dell'attività fisica, le visite regolari dal medico di base, considerate indicatori di comportamento preventivo e cura della salute.

Infine, le variabili relative alla ripartizione geografica (Nord, Centro, Sud e Isole) servono a evidenziare eventuali differenze territoriali nella fruizione dei servizi, consentendo di cogliere l'effetto delle ben note differenze relative alla diversa disponibilità e qualità delle strutture sanitarie sul territorio nazionale.

Nel complesso, le variabili esplicative permettono di considerare simultaneamente dimensioni individuali, sociali e contestuali, al fine di comprendere in che modo fattori strutturali e soggettivi concorrano a determinare le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi di prevenzione e cura.

Risultati principali dei modelli

Modello con dipendente "Effettua esami di prevenzione annuali"

Nel modello relativo all'effettuazione di esami di prevenzione almeno una volta l'anno, le associazioni statisticamente significative riguardano cinque variabili:

- ✓ le donne di età compresa tra 45–54 anni mostrano una probabilità maggiore rispetto a quelle over 55 di effettuare gli esami di prevenzione (OR=3.794, $p<0.05$).
- ✓ le donne che hanno almeno un figlio maggiorenne presentano anch'esse una probabilità più elevata di sottoporsi a controlli regolari (OR=2.895, $p<0.10$), probabilmente grazie a una maggiore disponibilità di tempo personale e a una riduzione dei vincoli di cura legati ai figli.
- ✓ le donne che riportano uno stato di buona salute psicologica presentano una probabilità inferiore di sottoporsi a esami di prevenzione (OR=0.469, $p<0.10$), probabilmente perché si percepiscono complessivamente in buona salute, riducendo così l'attenzione verso comportamenti di prevenzione sanitaria.
- ✓ le donne che consultano regolarmente il proprio medico di base mostrano una probabilità significativamente più alta di svolgere esami di prevenzione (OR=4.886, $p<0.001$), evidenziando il ruolo centrale del medico nel prescrivere periodicamente esami e controlli annuali.
- ✓ le donne con difficoltà economiche, invece presentano una probabilità inferiore di sottoporsi a controlli preventivi (OR=0.382, $p<0.05$), verosimilmente per una questione di priorità delle risorse finanziarie.

Complessivamente, i risultati su questa variabile dipendente mostrano che le condizioni economiche, psicologiche, familiari e di ricordo al sistema sanitario influenzano i

comportamenti di prevenzione. In particolare, la precarietà economica e un buono stato di salute mentale riducono la probabilità di effettuare controlli regolari, mentre la frequenza di visite dal medico di base e una maggiore stabilità familiare favoriscono le pratiche di prevenzione, traducendosi in maggiore tempo e attenzione dedicati dalle donne intervistate alla propria salute.

Modello con dipendente "Partecipazione a campagne di screening"

La partecipazione alle campagne di screening mostra una chiara associazione con l'età e alcune altre caratteristiche socio-demografiche e relazionali. In particolare, le associazioni statisticamente significative emerse dal modello logistico sono le seguenti:

- ✓ le donne più giovani presentano probabilità molto inferiori di prendere parte alle campagne rispetto alle donne più mature over 55 (fascia d'età 18-24: OR=0.026, $p<0.001$; fascia d'età 25-34: OR=0.057, $p<0.001$), presumibilmente per una percezione ridotta del rischio e di una minore priorità attribuita alla prevenzione in questa fase specifica del ciclo di vita.
- ✓ le donne nate all'estero mostrano una probabilità inferiore rispetto alle donne italiane di partecipare alle campagne di screening presenti sul territorio (OR=0.223, $p<0.01$), probabilmente per la presenza di barriere linguistiche o culturali o per la minore presenza di reti relazionali e di supporto.
- ✓ inoltre, le donne con un solo figlio risultano meno propense rispetto a quelle senza figli a partecipare (OR=0.315, $p<0.10$), forse per la difficoltà di

conciliare gli impegni familiari con le iniziative di prevenzione.

- ✓ le donne che consultano regolarmente il proprio medico di base mostrano una probabilità molto maggiore di partecipare alle campagne di screening (OR=2.568, $p < 0.05$), probabilmente perché il medico di base svolge un ruolo attivo nell'informare e nel promuovere la prevenzione oppure perché la frequenza di ricorso al medico di base è associato a maggiori necessità di salute.
- ✓ infine, le intervistate che risiedono nel Sud e nelle Isole presentano una probabilità inferiore di partecipare alle campagne di screening rispetto alle intervistate che risiedono al Nord alle campagne di screening (OR=0.408, $p < 0.05$)

Il pattern complessivo indica che la partecipazione è influenzata anche da fattori demografici: le donne giovani, straniere, con un figlio a carico o residenti nel Sud Italia e nell'Isole mostrano una minore adesione, evidenziando potenziali situazioni di vulnerabilità. Ciò suggerisce la necessità di strategie di comunicazione e di accesso più mirate e inclusive, in grado di coinvolgere questi gruppi e promuovere una maggiore prevenzione.

Modello con dipendente "Ha effettuato controlli medici negli ultimi due anni"

Nel modello che indaga le variabili che si legano all'effettuazione di controlli medici negli ultimi due anni, le associazioni statisticamente significative sono relative esclusivamente allo stato occupazionale. In particolare:

- ✓ sia le donne che lavorano (OR=5.621, $p < 0.05$) che quelle disoccupate (OR=5.282, $p < 0.10$) mostrano una

probabilità più elevata di essersi sottoposte a controlli medici rispetto a chi lavora occasionalmente o ha un'altra condizione. Tale risultato potrebbe riflettere, da un lato, una maggiore attenzione alla salute tra le donne inserite nel mercato del lavoro e, dall'altro, un'alta frequenza di controlli per le donne disoccupate, forse legata a condizioni di salute più fragili o ad un maggiore tempo disponibile.

Modello con dipendente "Ha fatto ricorso ai servizi del consultorio"

Il modello logit con dipendente il ricorso dei servizi del consultorio familiare evidenzia diverse associazioni statisticamente significative. In particolare:

- ✓ le donne nate all'estero presentano una probabilità inferiore rispetto alle donne italiane di rivolgersi al consultorio (OR=0.440, $p < 0.05$).
- ✓ le donne con due figli (OR=2.792, $p < 0.10$) mostrano una probabilità più elevata rispetto a quelle senza figli di aver usufruito dei servizi del consultorio, questo perché la presenza di più figli può accrescere il bisogno di sostegno familiare.
- ✓ anche l'età dei figli conta. Per le donne che hanno figli maggiorenni (OR=0.255, $p < 0.01$) si registra una minore probabilità di ricorso rispetto alle donne con figli minorenni.
- ✓ Inoltre, coloro che hanno un buon stato di salute psicologica presentano una probabilità inferiore al ricorso dei servizi del consultorio (OR= 0.559, $p < 0.10$).
- ✓ le donne che svolgono regolarmente attività fisica mostrano una probabilità

superiore di ricorrere al consultorio (OR =2.342, $p < 0.10$).

- ✓ anche la ripartizione geografica ricopre un ruolo importante: in particolare, le donne appartenenti alla terza ripartizione territoriale (Sud e Isole) mostrano una probabilità più alta di ricorso al consultorio (OR=2.008, $p < 0.10$) rispetto alle donne che risiedono nelle regioni del Nord, probabilmente per una diversa organizzazione o percezione dei servizi.

Modello con dipendente “Ha effettuato esami del sangue negli ultimi 2–3 anni”

Per quanto riguarda il modello che analizza le variabili correlate all'effettuazione di esami del sangue, si rilevano le seguenti significatività:

- ✓ le donne di nazionalità straniera mostrano una probabilità inferiore di aver effettuato esami del sangue (OR=0.464, $p < 0.10$) rispetto alle donne italiane.
- ✓ le donne che hanno una malattia cronica invece mostrano una probabilità significativamente più alta di aver effettuato gli esami del sangue (OR=4.785, $p < 0.01$), in coerenza con una maggiore necessità di monitoraggio clinico per i problemi di salute.
- ✓ le donne che praticano regolarmente attività fisica (OR=4.253, $p < 0.01$) presentano una probabilità più elevata di aver svolto esami del sangue, così come le donne che si recano regolarmente dal medico di base (OR=2.350, $p < 0.10$), suggerendo un atteggiamento più attento alla prevenzione e alla cura del proprio benessere.
- ✓ infine, sia le donne residenti nella seconda ripartizione geografica (Centro Italia) che nella terza (Sud e Isole) hanno una probabilità maggiore di aver effettuato esami del sangue (OR tra

3.543 e 5.008, $p < 0.01$) rispetto alle donne che risiedono nelle regioni del Nord Italia.

Nel complesso, emerge che la probabilità di effettuare gli esami del sangue è influenzata da fattori di salute e territoriali: le donne con problemi di salute o coloro che regolarmente fanno attività fisica o che si recano dal medico di base mostrano maggiore adesione, mentre le donne straniere risultano meno propense ad effettuare gli esami del sangue.

Modello con dipendente “Ha ricevuto cure necessarie”

Il modello con dipendente la variabile binaria “aver ricevuto cure necessarie” evidenzia una sola associazione statisticamente significativa, legata all'area territoriale di residenza:

- ✓ sia le donne residenti nel Centro Italia (OR=0.294, $p < 0.01$) che quelle del Sud e delle Isole (OR=0.248, $p < 0.001$) mostrano una probabilità inferiore di aver ricevuto le cure necessarie rispetto alle donne residenti nel Nord Italia. Questo vuol dire che nelle due ripartizioni vi è quasi il 70% e oltre il 75% in meno di probabilità di curarsi quando ve ne sia la necessità, evidenziando la persistenza del ben noto gap tra la sanità settentrionale e centro-meridionale.

Modello con dipendente “Percezione di un buono stato di salute fisica”

Il modello con dipendente la percezione individuale di un buono stato di salute fisica mostra diverse associazioni statisticamente significative. In particolare:

- ✓ le donne che hanno una malattia cronica mostrano una probabilità inferiore di percepire un buono stato di salute (OR=0.365, $p < 0.05$), un risultato atteso

- in base alla condizione di salute oggettiva.
- ✓ il livello di benessere psicologico risulta un fattore interessante, fortemente associato alla percezione di una buona salute fisica (OR=11.275, $p < 0.001$). Rispetto alle donne con uno stato psicologico peggiore, chi riferisce un livello di benessere migliore, mostra una probabilità significativamente elevata di percepire una buona salute fisica, confermando la stretta connessione tra equilibrio psicologico e percezione positiva del proprio stato di salute.
 - ✓ le donne che praticano regolarmente attività fisica mostrano una probabilità maggiore di percepire una buona salute fisica (OR=3.516, $p < 0.05$), presumibilmente grazie al ruolo positivo di uno stile di vita salutare.
 - ✓ infine, le donne che riportano difficoltà economiche mostrano una probabilità superiore di percepire una buona salute, seppur marginalmente significativa dal punto di vista statistico (OR=2.084, $p < 0.10$), un risultato controintuitivo che potrebbe riflettere meccanismi di adattamento o resilienza soggettiva.
- ✓ le barriere economiche e la precarietà sono tra i principali fattori che ostacolano la prevenzione;
 - ✓ le fasce più giovani mostrano una minore adesione ai controlli ed esami di prevenzione;
 - ✓ anche le donne con figli minorenni mostrano una minore adesione ai controlli ed esami di prevenzione;
 - ✓ anche la condizione di cittadinanza incide in modo rilevante: le donne nate all'estero presentano una minore probabilità di partecipare ai programmi di prevenzione e di ricorrere ai servizi sanitari.
 - ✓ la regolarità del rapporto con il medico di base rappresenta un elemento protettivo: le donne che lo consultano con continuità mostrano una maggiore probabilità di aderire sia agli esami di prevenzione che alle campagne di screening.
 - ✓ infine, le differenze territoriali indicano una diversa fruizione o accessibilità dei servizi sanitari sul territorio nazionale

Complessivamente (*Tabella 20*, suddivisa in due parti per comodità di lettura), i risultati, pur con i limiti dovuti alla modesta numerosità del campione, mostrano alcuni pattern coerenti e sociologicamente rilevanti:

Tabella 20. Tabella riepilogativa degli effetti stimati nei modelli logit (parte 1)

Variabili esplicative	Esami e visite di prevenzione annuale	Partecipazione a campagne screening	Controlli medici negli ultimi 2 anni	Ricorso al consultorio
Età (ref. 55+)				
Età (18-24)	↓ (ns)	↓***	↓ (ns)	↓ (ns)
Età (25-34)	↑ (ns)	↓***	↓ (ns)	↓ (ns)
Età (35-44)	↑ (ns)	↓ (ns)	↓ (ns)	↓ (ns)
Età (45-54)	↑*	↓ (ns)	↓ (ns)	↓ (ns)
Nazionalità straniera	↓ (ns)	↓**	↓ (ns)	↓*
Disabilità	↓ (ns)	↑ (ns)	↓ (ns)	↓ (ns)
Malattia cronica	↑ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)
Titolo di studio (ref: basso)				
Titolo di studio medio	↓ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)	↓ (ns)
Titolo studio alto	↑ (ns)	↓ (ns)	↓ (ns)	↓ (ns)
Condizione occupazionale (ref: altro)				
Condizione occupazionale: Lavoro	↓ (ns)	↓ (ns)	↑*	↓ (ns)
Condizione occupazionale: Lavoro occasionale	↓ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)
Condizione occupazionale: Disoccupata	↑ (ns)	↓ (ns)	↑°	↓ (ns)
Numero di figli (ref: 0)				
1 figlio	↓ (ns)	↓*	↑ (ns)	↑ (ns)
2 figli	↓ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)	↑°
≥3 figli	↓ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)
Ha figli maggiorenni	↑°	↓ (ns)	↓ (ns)	↓*
Buono stato di salute psicologica	↓°	↑ (ns)	↓ (ns)	↓°
Frequenza attività fisica: regolare	↑ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)	↑°
Frequenza medico di base: regolare	↑***	↑°	↑ (ns)	↑ (ns)
Difficoltà economiche	↓*	↓ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)
Ripartizione (ref. Nord)				
Ripartizione Centro	↑ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)	↓ (ns)
Ripartizione Sud/Isole	↑ (ns)	↓*	↓ (ns)	↑°

Legenda:

Direzione dell'effetto: ↑ / ↓ → positiva o negativa (OR > 1 / OR < 1)

Significatività: ° → p < 0.10, * → p < 0.05, ** → p < 0.01, *** → p < 0.001, (ns) → non significativo

Tabella 20. Tabella riepilogativa degli effetti stimati nei modelli logit (parte 2)

Variabili esplicative	Esami del sangue negli ultimi 2-3 anni	Ricevere le cure necessarie per curarsi	Percezione di un buono stato di salute fisica
Età (ref. 55+)			
Età (18-24)	↓ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)
Età (25-34)	↓ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)
Età (35-44)	↓ (ns)	↓ (ns)	↓ (ns)
Età (45-54)	↓ (ns)	↓ (ns)	↓ (ns)
Nazionalità straniera	↓ [°]	↑ (ns)	↑ (ns)
Disabilità	↑ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)
Malattia cronica	↑ ^{**}	↑ (ns)	↓ [*]
Titolo di studio (ref: basso)			
Titolo di studio medio	↓ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)
Titolo studio alto	↑ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)
Condizione occupazionale (ref: altro)			
Condizione occupazionale: Lavora	↑ (ns)	↑ (ns)	↑ (ns)
Condizione occupazionale: Lavoro occasionale	↓ (ns)	↑ (ns)	↓ (ns)
Condizione occupazionale: Disoccupata	↓ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)
Numero di figli (ref: 0)			
1 figlio	↓ (ns)	↑ (ns)	↓ (ns)
2 figli	↓ (ns)	↑ (ns)	↓ (ns)
≥3 figli	↓ [°]	↑ (ns)	↓ (ns)
Ha figli maggiorenni	↑ (ns)	↓ (ns)	↑ (ns)
Buono stato di salute psicologica	↓ (ns)	↑ (ns)	↑ ^{***}
Frequenza attività fisica: regolare	↑ ^{**}	↓ (ns)	↑ [*]
Frequenza medico di base: regolare	↑ [°]	↑ (ns)	↓ (ns)
Difficoltà economiche	↑ (ns)	↑ (ns)	↑ [°]
Ripartizione (ref. Nord)			
Ripartizione Centro	↑ ^{***}	↓ ^{**}	↓ (ns)
Ripartizione Sud/Isole	↑ ^{**}	↓ ^{***}	↑ (ns)

Legenda:

Direzione dell'effetto: ↑ / ↓ → positiva o negativa (OR > 1 / OR < 1)

Significatività: ° → p < 0.10, * → p < 0.05, ** → p < 0.01, *** → p < 0.001, (ns) → non significativo

Analisi testuale

I commenti raccolti dalle donne vittime di violenza che hanno preso parte a questa indagine fanno emergere l'effetto dirimpente che l'esperienza di violenza vissuta ha avuto sulle loro vite ma, al contempo, costituiscono una testimonianza ricca e profonda dei percorsi di prevenzione e supporto legati alla salute fisica, psicologica ed emotiva. In relazione a quest'ultimo aspetto, il filo conduttore che emerge chiaramente in tutti i commenti è il ruolo cruciale dei centri anti-violenza come luoghi non solo di sostegno e accoglienza, ma anche di ricostruzione e rinascita.

In questa sezione si riportano i risultati preliminari e descrittivi (numerosità delle occorrenze, delle associazioni) delle analisi testuali, che saranno oggetto di futuro approfondimento.

Analisi delle occorrenze e delle associazioni

La distribuzione delle parole con il maggior numero di ricorrenze è riportata nella *Tabella 21*. La parola "centro" è, come si accennava, la più utilizzata, con ben 86 occorrenze, sempre associata a concetti di aiuto, ascolto e strumenti per affrontare la violenza, oltre che al concetto di gratitudine (cfr. *Tabella 22*). Il centro, dunque, rappresenta non solo il luogo fisico in cui le donne ricevono sostegno, ma anche un simbolo di sicurezza e di rinascita personale.

Seguono parole come "aiuto" e le sue varianti, con 57 occorrenze, che sottolineano il ruolo fondamentale del supporto pratico, psicologico ed emotivo offerto dai centri. La parola "violenza" è, anch'essa,

altamente ricorrente (48 volte). I commenti che la contengono evidenziano come le esperienze vissute dalle donne siano molteplici e complesse, comprendendo dimensioni fisiche, psicologiche, economiche e sessuali, spesso interconnesse tra loro.

Altre parole significative, come "psicologica/psicologo(a)" (33 occorrenze), "vita" (24 occorrenze), "figlia/figli" (22 occorrenze) e "supporto" (19 occorrenze), confermano che i centri non solo forniscono assistenza immediata, ma contribuiscono anche a ricostruire la vita quotidiana, il benessere emotivo e i legami familiari. L'elevata frequenza di termini come "paura" (17 occorrenze) e "rinascita/nuova vita" (12 occorrenze) mostra inoltre come le esperienze di violenza lascino tracce profonde, che possono essere progressivamente trasformate attraverso percorsi di empowerment e accompagnamento professionale.

La *Tabella 22* riporta alcune combinazioni di parole ricorrenti evidenziano temi e concetti chiave collegati. Il centro anti-violenza non è solo il termine più citato, ma è anche fortemente collegato a aiuto, supporto, psicologico, rinascita e vita, sottolineando il ruolo centrale nella ricostruzione personale.

Alcune associazioni di parole (indicate in tabella) derivano, ovviamente, dai termini di uso comune. Le altre associazioni, sulle quali concentriamo l'attenzione, evidenziano che la violenza psicologica è percepita come altrettanto significativa della violenza fisica. La gratitudine verso operatori e volontarie è costantemente connessa ai concetti di aiuto, centro e supporto, confermando il ruolo umano e professionale dei centri.

Tabella 21. Parole più frequenti nei commenti

Parola	Frequenza	Contesto di utilizzo
centro	86	Riferimento ai centri antiviolenza come luoghi di sostegno e rinascita
aiuto / aiutare / aiutata	57	Supporto psicologico, pratico ed emotivo ricevuto dalle donne
violenza	48	Violenza fisica, psicologica, economica e sessuale subita
psicologica / psicologo(a)	33	Sostegno professionale e strumenti di empowerment
grazie / ringrazio	31	Espressione di gratitudine verso operatori, volontarie e centri
vita	24	Trasformazione personale e autonomia
figlia / figli	22	Protezione dei figli e impatto familiare della violenza
supporto	19	Aiuto concreto, psicologico ed economico
paura	17	Stato emotivo legato alla violenza e al percorso di uscita
rinascita / nuova vita	12	Percorso di recupero, empowerment e autonomia

Tabella 22. Associazioni di parole (co-occorrenze)

Parole associate	Frequenza	Significato
centro – antiviolenza	76	Il centro come luogo di sostegno e protezione <i>(associazione di parole derivante da termine di uso comune)</i>
supporto – psicologico	25	L'importanza del supporto psicologico nel percorso di recupero <i>(associazione di parole derivante da termine di uso comune)</i>
aiuto – centro	40	Il centro come punto di aiuto concreto e emotivo
vita – rinascita	12	Percorso di trasformazione personale
figlia – protezione	10	Preoccupazione per la sicurezza dei figli
paura – violenza	14	Impatto emotivo della violenza
grazie – operatrici / volontarie	18	Gratitudine verso chi fornisce supporto
violenza – psicologica	15	Evidenzia la violenza psicologica come ferita invisibile <i>(associazione di parole derivante da termine di uso comune)</i>
salute – mente / corpo	8	Salute come equilibrio tra benessere fisico e mentale

I racconti delle donne

In questa sezione, riportiamo alcuni stralci dei racconti che le donne hanno lasciato volontariamente nella sezione dei commenti liberi. Alcuni elementi, come si diceva, ricorrono in molte delle storie e delle frasi riportate.

Molte donne descrivono il percorso di rinascita personale che si innesca attraverso il supporto ricevuto dai centri: imparano a riconoscere i propri bisogni, a gestire la paura, a ricostruire l'autostima e a riprendere in mano la propria vita. Frasi come:

“Mi sento finalmente una persona degna di rispetto”

oppure

“Non mi serve più un uomo per sentirmi bene”

testimoniano quanto l'aiuto ricevuto non sia solo pratico, ma profondamente trasformativo sul piano psicologico ed emotivo.

Un secondo tema ricorrente è, chiaramente, quello la violenza subita, raccontata in molte forme: fisica, psicologica, economica, sessuale e - spesso - con effetti cumulativi nel tempo. Nonostante il questionario non abbia indagato direttamente l'esperienza della violenza (se si esclude la domanda nella quale si chiedono le ragioni delle mancate cure), moltissime donne hanno deciso autonomamente di raccontare la propria esperienza nello spazio dei commenti liberi messo a disposizione in calce al questionario strutturato.

Alcuni racconti sono estremamente dolorosi e descrivono esperienze di abuso prolungato durante l'infanzia, l'adolescenza o la vita

adulta. Violenze agite in larga parte da partner, ex partner, ma anche da altri componenti del nucleo familiare (padri, zii, nonni).

Le donne esprimono profonda consapevolezza non solo in merito alla violenza fisica, ma anche in relazione alla violenza psicologica e alle cicatrici “invisibili” che questa lascia. Le donne, nei loro racconti, sottolineano quanto queste cicatrici feriscano quanto - o più, alcune dicono - di quelle prodotte dalla violenza fisica. Citazioni come:

“Anche se non hai lividi la violenza psicologica scava delle cicatrici profonde dentro noi donne”

evidenziano la consapevolezza della complessità dei traumi.

Il tema della salute fisica e psicologica emerge chiaramente nei commenti aperti lasciati dalle intervistate. Per quanto riguarda la salute fisica, i commenti mettono in evidenza anche l'impatto fisico della violenza, sia diretto che indiretto, come conseguenza di stress cronico, traumi o trascuratezza della cura di sé.

Alcune donne collegano il peggioramento della propria salute fisica a esperienze traumatiche passate. Una frase scritta da una delle intervistate che sintetizza il legame tra violenza subita e benessere fisico è la seguente:

“Mi rendo conto solo ora di come davanti allo sgomento di certe situazioni, per non vedere la realtà, abbia vissuto 'cortocircuiti' come blocchi motori, tumore, o altro.”

nella quale si attribuisce alla violenza subita la radice delle esperienze di malattia vissute successivamente.

La salute mentale compromessa a seguito dell'esperienza di violenza è uno dei temi più ricorrenti: le donne descrivono come la violenza subita influisca su ansia, paura, depressione, senso di colpa e autostima. Il supporto dei centri antiviolenza e dei professionisti psicologi è percepito come fondamentale per ristabilire equilibrio emotivo e sicurezza interiore. Una delle intervistate riconosce il ruolo fondamentale del supporto professionale:

“Molto fa il sostegno psicologico. Perché aiuta ad esplorare l'inconscio. E a non chiamare destino quello che ci succede.”

E ancora, un'altra donna:

“Il percorso al centro antiviolenza [...] mi ha cambiato la vita, in meglio. Grazie al prezioso aiuto delle psicologhe ho potuto capire il dolore che mi è stato causato [...] e trasformarlo in energia per la mia vita.”

E ancora:

“Il lavoro fatto a stretto contatto con la psicologa ha rafforzato e solidificato la fiducia verso me stessa e le mie capacità.”

Emergono anche riflessioni sulla salute intesa come equilibrio tra corpo e mente, dove il benessere psicologico supporta in maniera fondamentale il recupero fisico e la capacità di gestire la vita quotidiana. Le donne sottolineano che la ricostruzione della vita passa attraverso il sentirsi ascoltate, comprese e aiutata a ritrovare fiducia in sé stesse. Una delle donne scrive:

“Penso assolutamente che ci sia una correlazione tra il benessere psicologico in crescita e l'aver uno spazio in cui sentirsi accolte e soprattutto ascoltate.”

E un'altra:

“Dal questionario ho capito che dedico poco tempo alla mia salute fisica, ma ora sto bene e penso che inizierò a fare più controlli, perché corpo e mente viaggiano all'unisono... Grazie a voi.”

riconoscendo anche l'utilità dello strumento di indagine al di là del suo utilizzo conoscitivo.

La dimensione psicologica è costantemente presente anche in termini di supporto: i commenti riconoscono quanto il supporto psicologico e l'ascolto specializzato siano fondamentali per decodificare le dinamiche della violenza, riconoscere la manipolazione psicologica e sviluppare strategie di autonomia. Alcune donne sottolineano l'importanza di avere professionisti formati nel settore, capaci di differenziare tra percorsi di violenza e problemi psicologici comuni, e la difficoltà

di accedere a un aiuto psicologico esterno efficiente o sostenibile economicamente.

Complessivamente, la salute che emerge dai commenti non è solo l'assenza di malattia, ma un concetto integrato di benessere psicologico, fisico ed emotivo, strettamente connesso alla possibilità di uscire dalla violenza, ricevere supporto e sviluppare autonomia.

Un ulteriore elemento ricorrente è il bisogno di supporto pratico e economico, necessario per garantire indipendenza e sicurezza. Ecco un commento riguardo a questo aspetto:

“Vorrei poter avere una stabilità economica che mi permetta di studiare per un concorso così da poter raggiungere i miei obiettivi precedenti all'abuso della relazione ed avere una vita più dignitosa.”

Alcune testimonianze citano strumenti concreti come il reddito di libertà o il supporto economico dei centri, che hanno permesso alle donne di ripartire in autonomia e di affrontare la quotidianità senza essere bloccate da vincoli economici imposti dalla violenza subita:

“Anche il supporto economico messo a disposizione mi ha dato un po' di respiro da pagamenti accumulati e spese quotidiane.”

“Il centro mi ha aiutato a riprendere in mano la mia vita, la mia dignità, ho comprato una casa che è solo mia, dove accolgo i miei figli con le loro famiglie e il mio nipotino.”

Infine, emerge chiaramente la gratitudine verso operatori e volontarie, descritti come figure empatiche, competenti e disponibili, in grado di costruire relazioni di fiducia fondamentali per il percorso di rinascita. Frasi ricorrenti come:

“Grazie per l'aiuto ed il supporto che ho ricevuto”

“Grazie all'aiuto del centro anti violenza, la mia vita è cambiata molto in modo positivo.”

“Il centro anti violenza è stato più di una famiglia. Grazie davvero a nome mio e di tutte le”

sintetizzano questo sentimento.

Le donne descrivono i centri come punti di riferimento fondamentali, dove ricevono ascolto, protezione e strumenti pratici per affrontare la violenza. Ecco alcuni stralci di commento che descrivono questi sentimenti:

“Il centro anti violenza è stato un sostegno fondamentale per migliorare la mia situazione nel complesso, sia per quanto riguarda la vita quotidiana familiare con i figli, sia per quanto riguarda la salute mia e dei figli.”

“Da quando frequento il CAV mi sento finalmente una persona degna di rispetto, ho preso in mano la mia vita e mi sento più sicura di me.”

“Il centro antiviolenza mi ha dato strumenti per capire, affrontare e andare oltre la violenza, credere di più in me stessa, mi ha fatto crescere.”

In sintesi, i commenti mettono in luce un quadro caratterizzato da bisogno di ascolto e di strumenti concreti, comprensibile dopo l'esperienza dolorosa e traumatica della violenza, ma anche ricco di esperienze di

Conclusioni

Un elemento di rilievo che emerge chiaramente dalle analisi è la netta differenza tra la salute fisica e quella psicologica percepite dalle rispondenti: le condizioni fisiche appaiono complessivamente migliori rispetto a quelle mentali ed emotive. I risultati delle analisi indicano che, mentre la maggior parte delle partecipanti gode di una salute fisica buona, il benessere psicologico risulta più compromesso, con livelli di disagio più diffusi. Ciò suggerisce che le esperienze vissute e i fattori di stress emotivo – spesso legati a situazioni di violenza, precarietà o difficoltà relazionali – incidono in modo rilevante sulla sfera mentale, rendendo cruciale il potenziamento dei servizi di supporto psicologico e psicoterapeutico.

Anche dal punto di vista della capacità di gestione delle difficoltà materiali ed emotive, le partecipanti mostrano una resilienza più solida sul piano pratico che su quello emotivo e relazionale. Molte dichiarano di sapersi orientare e reagire di fronte ai problemi concreti della vita quotidiana, ma emergono al tempo stesso segnali di fragilità psicologica, con una quota rilevante di donne che sperimenta solitudine, instabilità emotiva e un ottimismo discontinui.

rinascita e resilienza. I commenti mostrano anche come il supporto dei centri antiviolenza sia essenziale, non solo per affrontare la situazione di violenza in sé, ma anche per ricostruire la propria identità, la sicurezza personale e le relazioni future, con un impatto positivo sia dal punto di vista della salute fisica che psicologica.

Parallelamente, le analisi sull'attività fisica mostrano che la maggior parte delle partecipanti svolge esercizio solo in maniera occasionale o non lo pratica affatto. Questo ha implicazioni sia sul benessere fisico sia sulla resilienza psicologica, suggerendo che interventi volti a promuovere l'attività fisica potrebbero rappresentare leve efficaci per migliorare il benessere complessivo.

Sul fronte della prevenzione sanitaria, i dati mostrano un quadro variegato. Le visite e gli esami di routine sono spesso eseguiti solo in presenza di sintomi, segnalando comportamenti reattivi piuttosto che preventivi.

Il dato sulla conoscenza e l'adesione alle campagne di screening suggerisce una buona diffusione delle informazioni legate alla prevenzione (con quai l'80% del campione che è venuto a conoscenza di campagne di screening condotte sul proprio territorio), ma mette in luce anche importante aree di miglioramento.

Il fatto che una quota significativa della popolazione femminile resti esclusa dalle campagne non per mancanza di servizi, ma per insufficiente accesso alle informazioni, indica la necessità di potenziare la comunicazione e i canali di diffusione. Rafforzare le

strategie di informazione – soprattutto attraverso presidi territoriali, servizi sociali e reti di prossimità – rappresenta un passaggio cruciale per favorire una partecipazione più equa e consapevole agli screening, strumenti fondamentali per la diagnosi precoce e la tutela della salute. Bisogna, inoltre, considerare che la quota di donne che hanno poi effettivamente preso parte alle campagne di screening è più ridotto, attestandosi a poco più della metà. Occorre, dunque, indagare i motivi della mancata fruizione del servizio che possono essere, da un lato, legati ad una volontà di non aderire, dall'altro – invece – alle difficoltà di adesione.

Il focus sulle donne che hanno dichiarato di non curarsi per ragioni legate alla situazione di violenza subita ha messo in evidenza che la violenza – diretta o implicita – rappresenta una delle principali barriere all'accesso alle cure, seguita da motivazioni economiche e psicologiche. L'elevata percentuale di non risposte rafforza l'ipotesi che il tema sia sensibile e spesso taciuto, rivelando un bisogno di maggiore tutela, ascolto e riservatezza nei percorsi di assistenza sanitaria.

Le analisi bivariate condotte hanno fornito ulteriori spunti di comprensione del complesso legame tra salute fisica e psicologica, prevenzione e variabili individuali e socio-economiche. È emerso che fasce d'età diverse mostrano comportamenti differenti rispetto alla prevenzione, alla partecipazione agli screening e alla pratica di attività fisica, suggerendo che l'adesione a comportamenti preventivi e salutari non è uniforme nel campione. In particolare, l'adesione agli screening tende a crescere con l'età adulta, mentre le donne più giovani mostrano una maggiore propensione a rivolgersi ai servizi sanitari solo in caso di sintomi. Le analisi bivariate hanno, inoltre, evidenziato associazioni tra numero di figli e stato di salute psicologica,

e tra situazione economica e salute fisica o partecipazione a screening, confermando il ruolo dei fattori socio-demografici nel determinare comportamenti di prevenzione e benessere psicologico. Infine, la distribuzione geografica influisce sull'accesso alle cure necessarie, sottolineando disparità territoriali che richiedono interventi mirati.

I modelli logit, pur con effetti non sempre significativi a causa della limitata numerosità del campione, confermano alcuni pattern già emersi nelle analisi bivariate: la partecipazione a controlli preventivi e screening è associata a fattori socio-demografici, economici e di rete di supporto. Questi risultati suggeriscono che migliorare informazione, sostegno sociale e supporto economico può incrementare l'adesione alla prevenzione e ridurre le disuguaglianze.

Infine, l'analisi testuale ha consentito di cogliere elementi di analisi che sarebbero sfuggiti all'analisi condotta tramite il questionario strutturato, arricchendo e completando il quadro quantitativo.

I commenti aperti lasciati dalle donne che hanno risposto al questionario hanno confermato l'importanza cruciale dei centri anti-violenza come luoghi di supporto, ascolto e rinascita personale. Le parole più ricorrenti – “centro”, “aiuto”, “psicologica”, “rinascita”, “supporto” – evidenziano il ruolo fondamentale dei centri anti-violenza non solo come spazi di protezione, ma anche come luoghi di ricostruzione personale e di empowerment.

I dolorosi racconti delle donne mettono in luce la correlazione tra salute fisica, salute mentale e violenza subita: molte donne riconoscono l'impatto che la violenza ha avuto sulla propria condizione fisica e psichica, e attribuiscono ai percorsi di sostegno

psicologico la possibilità di recuperare equilibrio e autonomia.

Le testimonianze raccolte tramite i commenti aperti, inoltre, evidenziano che il supporto psicologico, pratico ed emotivo ricevuto nei centri contribuisce in modo determinante a migliorare il benessere mentale, la percezione di sicurezza e la capacità di prendersi cura della propria salute. I centri emergono anche come canale privilegiato per promuovere la prevenzione sanitaria, sensibilizzare sul valore degli screening e facilitare l'accesso ai servizi di cura, confermando la necessità di rafforzare queste strutture come punti integrati di supporto socio-sanitario.

I risultati complessivamente ottenuti delineano un quadro complesso ma coerente: le disuguaglianze socio-economiche e territoriali, la condizione lavorativa precaria e la fragilità psicologica rappresentano fattori di

rischio comuni che si riflettono in minore prevenzione, ridotto accesso ai servizi e peggiori condizioni di salute complessiva.

La violenza colpisce la salute delle donne sia in maniera diretta che indiretta. Diretta attraverso i segni – talvolta fisici, spesso psicologici – che lascia sul corpo e nella mente delle donne, compromettendo il loro benessere e la qualità della loro vita. Indiretto perché spesso si traduce in una riduzione delle pratiche di cura e prevenzione. La situazione di violenza è spesso totalizzante, sottrae tempo, risorse materiali e immateriali, non consentendo alle donne di prendersi cura di loro stesse come dovrebbero. La presenza di figli, la precarietà economica e lavorativa, vivere al sud, essere straniera sono condizioni che peggiorano ulteriormente la situazione, aggravando gli effetti indiretti della violenza sulla salute.

Implicazioni di policy

Dal punto di vista delle implicazioni di policy, i risultati di questa ricerca evidenziano in modo chiaro la necessità di rafforzare le risorse psicologiche e sociali delle donne attraverso interventi mirati e integrati. È fondamentale promuovere iniziative capaci di consolidare relazioni di sostegno, accrescere l'autostima e favorire la fiducia in sé stesse, elementi indispensabili per garantire non solo il benessere individuale ma anche la possibilità di intraprendere percorsi di autonomia, emancipazione e ripresa duratura dopo situazioni di violenza o disagio.

Tali interventi devono essere concepiti in un'ottica di lungo periodo, prevedendo un accompagnamento continuativo e personalizzato, in grado di rispondere ai bisogni specifici delle diverse fasi del percorso di uscita

dalla violenza. Le evidenze raccolte suggeriscono alcune direzioni prioritarie per l'azione pubblica e per la programmazione delle politiche di settore:

- ✓ Ampliare la rete dei servizi territoriali di prevenzione, accoglienza e supporto psicologico, con particolare attenzione alle aree rurali e periferiche, dove l'accesso ai servizi risulta spesso limitato o disomogeneo.
- ✓ Integrare in modo strutturale e stabile i centri anti violenza all'interno del sistema sanitario e dei servizi sociali, così da garantire una presa in carico multidisciplinare e coordinata delle vittime, capace di coniugare il sostegno psicologico con l'assistenza sanitaria e legale.

- ✓ Promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione capillari e accessibili, rivolte in particolare alle donne più giovani, alle migranti e a quelle che vivono in condizioni economiche o sociali fragili, al fine di favorire una maggiore consapevolezza dei propri diritti e delle risorse disponibili sul territorio.
- ✓ Sviluppare percorsi di prevenzione sanitaria mirati per le donne che hanno subito violenza, attraverso protocolli di screening e monitoraggio specifici, che tengano conto degli effetti a medio e lungo termine sulla salute fisica e mentale.
- ✓ Identificare, documentare e diffondere buone pratiche e modelli di intervento replicabili a livello nazionale e locale, promuovendo al contempo la formazione continua degli operatori coinvolti.
- ✓ Sensibilizzare e formare il personale sanitario affinché sia in grado di riconoscere tempestivamente i segnali di violenza e di adottare modalità di accoglienza rispettose, empatiche e non giudicanti, capaci di creare un contesto sicuro per la denuncia e la richiesta di aiuto.
- ✓ Ridurre i divari territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, psicologici e sociali, garantendo standard minimi di assistenza e la possibilità di usufruire di percorsi personalizzati indipendentemente dal luogo di residenza.

I risultati emersi da questo lavoro di ricerca sul campo, pur con i limiti legati alla numerosità del campione e alla natura esplorativa dell'indagine, offrono indicazioni preziose per la costruzione di politiche pubbliche più efficaci e integrate in materia di salute,

benessere e uguaglianza di genere. Essi suggeriscono la necessità di un approccio inter-settoriale, che coinvolga attori diversi – istituzioni, sistema sanitario, enti locali, associazioni e società civile – in un'azione coordinata volta a prevenire la violenza di genere e a mitigarne gli impatti – diretti ed indiretti – sulla salute delle donne.

Le analisi condotte hanno consentito di approfondire i legami complessi tra salute, violenza e determinanti socio-economici, fornendo una base empirica più solida per comprendere le dinamiche che influenzano il benessere femminile in situazioni gravi come quelle di violenza.

Tali evidenze rappresentano un contributo importante per orientare la pianificazione delle politiche pubbliche, promuovendo un modello di intervento che coniughi la tutela della salute con la promozione dell'uguaglianza di genere e dei diritti fondamentali delle donne.

La violenza contro le donne non è solo un tema che ha a che fare con i diritti umani e con la protezione e la sicurezza individuali, ma è e deve essere considerato un tema di salute pubblica, in ragione delle conseguenze – sia dirette che indirette – che la violenza ha sulle condizioni fisiche e psicologiche delle donne, sulle loro possibilità di cura e prevenzione, sull'accesso ai servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

- Ansara, D. L., & Hindin, M. J. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science & Medicine*, 70(7), 1011–1018. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.009>
- Black, M. C. (2011). *Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians*. American Journal of Lifestyle Medicine, 5(5), 428–439. <https://doi.org/10.1177/1559827611410265>
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, Article ID 313909. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R., ... & Taket, A. (2006). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 10(6), 1–113. <https://doi.org/10.3310/hta10060>
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (2025). *La violenza contro le donne in Italia*. Roma: Istat. URL: <https://www.istat.it/it/archive/violenza-sulle-donne>
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2023). *L'OMS rilascia nuove risorse didattiche per aiutare gli operatori sanitari a fornire una migliore assistenza e supporto alle donne vittime di violenza*. Disponibile su: <https://www.sanitainnovazionedigitizzazione.it/2023/11/25/loms-rilascia-nuove-risorse-didattiche-per-aiutare-gli-operatori-sanitari-a-fornire-una-migliore-assistenza-e-supporto-alle-donne-vittime-di-violenza/>
- World Health Organization (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548595>



Dichiarazione etica

L'indagine è stata condotta nel pieno rispetto dei principi etici della ricerca sociale e sanitaria. Tutte le partecipanti sono state informate in modo chiaro e trasparente circa le finalità del progetto, le modalità di raccolta e trattamento dei dati, e il carattere volontario e anonimo della partecipazione. I dati raccolti sono stati trattati esclusivamente in forma aggregata e non saranno in alcun modo riconducibili alle singole persone partecipanti.

Il trattamento dei dati è stato fatto in conformità con il **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)** e con il **D.Lgs. 196/2003**, come modificato dal **D.Lgs. 101/2018**. È stata predisposta un'apposita informativa sottoposta a ciascuna partecipante prima dell'inizio della compilazione del questionario. Non sono stati raccolti dati sensibili ulteriori rispetto a quelli indispensabili ai fini dell'analisi. L'indagine non ha previsto sperimentazioni cliniche né interventi sanitari.

L'intero progetto è stato svolto in linea con i protocolli standard di ricerca sociale.

Versione finale aggiornata: 31 Ottobre 2025