

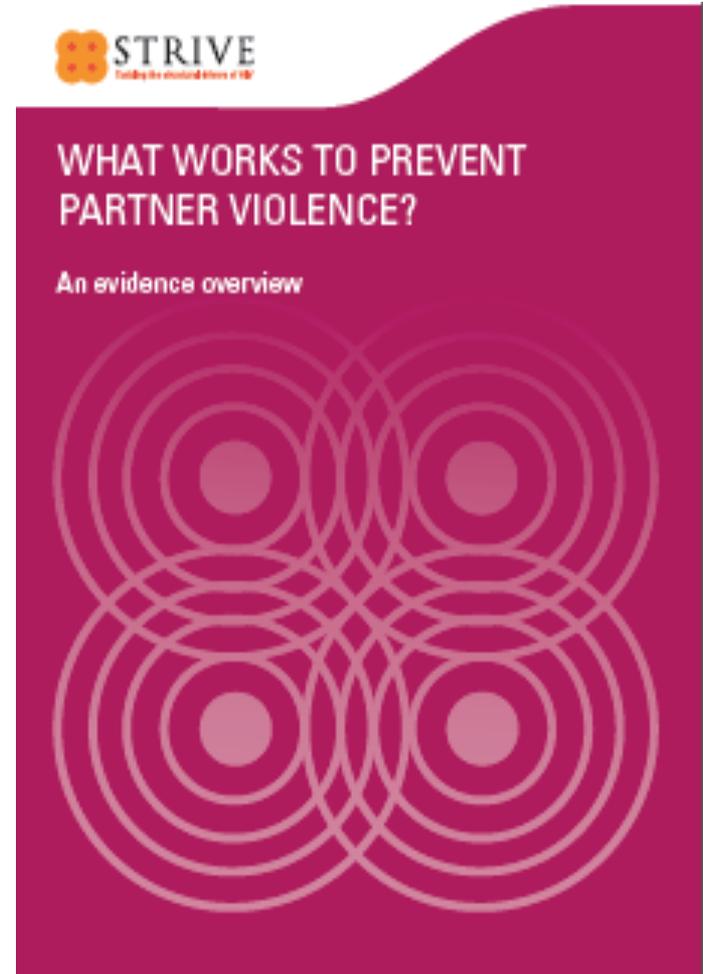
# WHAT WORKS TO PREVENT PARTNER VIOLENCE?

Valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi

Vedi anche LINEE-GUIDA DELL'OMS (2014)

"Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità"

Perché valutare?

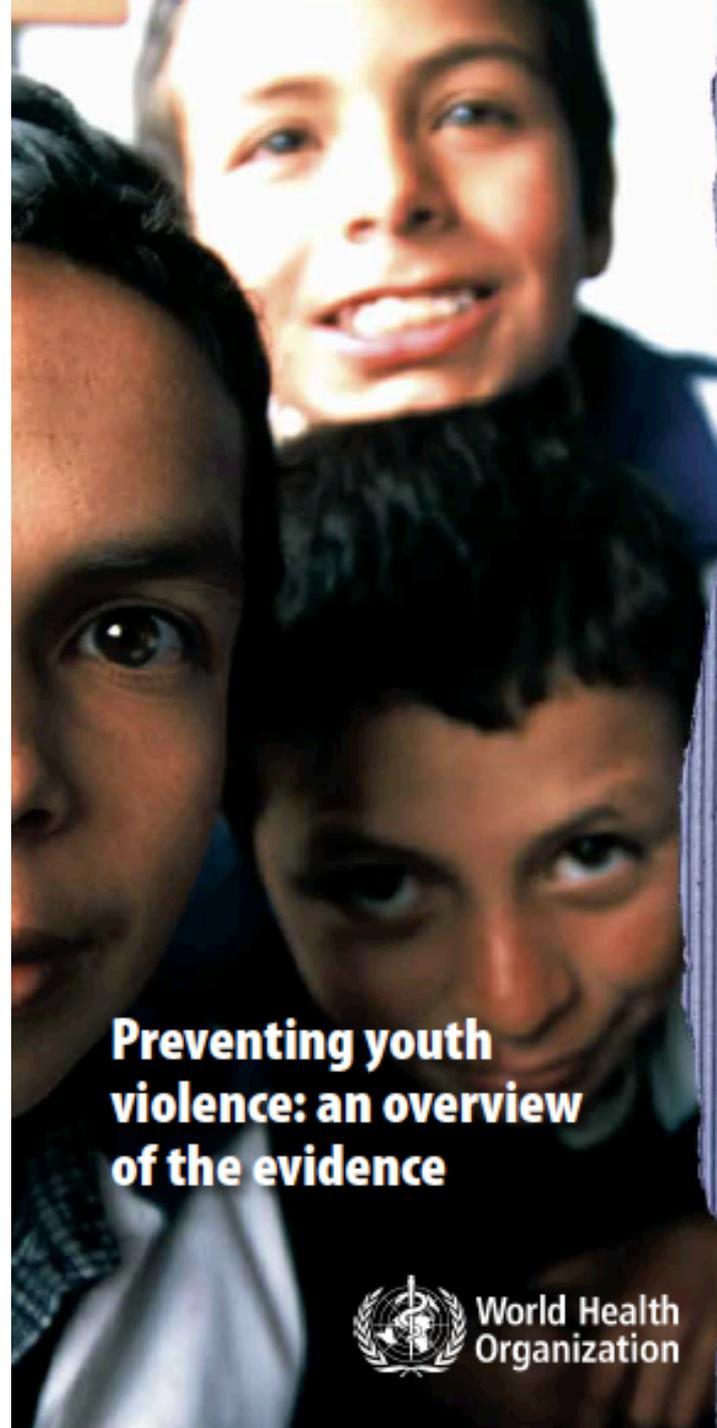


Heise, 2011

Preventing youth violence:  
an overview of the evidence  
(2015)

Perché valutare?

AA 2017-18



**Preventing youth  
violence: an overview  
of the evidence**



World Health  
Organization

prevention

# WHAT WORKS? AND HOW?

---

## La ricerca di valutazione

### Perché valutare?

I nostri interventi, a livello individuale o di collettività, possono:

- Avere effetti positivi sulle persone
- Avere effetti negativi (vedi: Cambridge-Somerville Youth Study, USA)
- Avere effetti contraddittori
- Avere effetti irrilevanti/non avere effetti

⇒ Tutela dei soggetti/pazienti/utenti (efficacia)

⇒ Attenzione al denaro pubblico (efficienza)



# Perché valutare gli interventi ? Il Cambridge-Somerville Youth Study, USA

---

Ipotesi : un intervento di "sostegno sociale"  $\Rightarrow$  effetto positivo su ragazzini "ad alto rischio" di delinquenza  $\Rightarrow$  diminuito i comportamenti delinquenti in futuro

## Valutazione sperimentale

Campione : 650 ragazzini con comportamenti pre-delinquenziali, valutati su una scala di problemi di comportamento (USA)

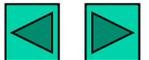
Appaiamento (matching) secondo i risultati della scala e di altre variabili socio-demografiche

Randomizzazione  $\Rightarrow$  inseriti a sorte nel gruppo "sperimentale" e nel gruppo "controllo"

Contenuto dell'intervento : "sostegno sociale", durata 5 anni (dal 1937)

Valutazione dei risultati dell'intervento: ragazzi/uomini ricontattati e valutati ripetutamente, con vari metodi e indicatori (soggettivi e oggettivi)

*Powers e Witmer, 1951*



## Risultati : ottimi!

Evoluzione positiva del campione:

2/3 dei ragazzini "problematici" erano diventati adulti  
ragionevolmente integrati



## Tuttavia

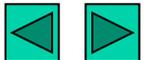
I ragazzi del gruppo sperimentale riportarono significativamente **più problemi** dei ragazzi del gruppo di controllo  
⇒ effetto negativo dell'intervento

Per esempio: 42% del GS e 32% del GC presentava "esiti negativi":  
condanne, morte prematura, alcolismo, cure psichiatriche (1955)

⇒ **CURES THAT HARM** (McCord, 2003)

**IN ASSENZA DEL GRUPPO DI CONTROLLO,  
AVREMMO CONCLUSO CHE L'INTERVENTO ERA EFFICACE**

## Necessità di valutare gli interventi



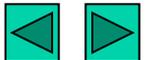
### La ricerca di valutazione

La ricerca di valutazione è l'applicazione sistematica delle procedure di ricerca per valutare la concettualizzazione, il disegno, l'implementazione e l'utilità di un intervento sociale.

La ricerca valutativa è inoltre anche un'attività manageriale e politica, un contributo informativo in un contesto complesso da cui vengono poi tratte decisioni di tipo sociale, economico e politico che avranno un impatto diretto nel mondo reale

(Rossi e Freeman, 1985)

Cosa si può valutare: gli effetti di un programma, un intervento, una legge, una campagna mediatica, un farmaco, una psicoterapia.....



## Necessità di dimostrare Efficacia ed Efficienza (E & E)

"Disastri della medicina" (talidomide) per l'assenza di una valutazione rigorosa del farmaco

Movimento della Evidence Based Medicine ⇒ Archie Cochrane  
(Effectiveness and Efficiency, 1971) ⇒ Randomized Controlled Trials  
⇒ Cochrane Collaboration (1993) ⇒ Database elettronico dei trial medici e psico-sociali

Progressi della statistica ⇒ meta-analisi

Negli USA: War on Poverty, programmi psico-sociali Head Start  
(1965-2007) ⇒ più di 22 milioni di bambini coinvolti ⇒ dimostrare E & E

Nei paesi in via di sviluppo, finanziatori internazionali ⇒ dimostrare E & E



## La ricerca di valutazione, oggi

Oggi, la ricerca di valutazione è diventata più comune anche in Italia :

- tagli nei finanziamenti ai servizi socio-sanitari
- competizione tra servizi pubblici e privati
- e soprattutto finanziamenti europei



# Come valutare un intervento psico-sociale, un servizio pubblico, educativo o socio-sanitario? Il lavoro di un'istituzione?

---

**Con ricerche:** sperimentali, correlazionali, qualitative, "case-study" .....

**Con sintesi delle ricerche disponibili:** meta-analisi

In ambito sanitario, anche con altri strumenti

- Accreditamento di qualità
- Audit civico
- Uffici per le Relazioni con il Pubblico

In ambito universitario: valutazione del "prodotto" finale (ricerca, pubblicazioni, finanziamenti, studenti), e degli "elementi intermedi"

- Questionario di valutazione dei docenti e dei servizi (fatto dagli studenti)
- Questionario "benessere lavorativo" e valutazione dei superiori (per il personale T-A)
- Presidio di qualità
- Nucleo di valutazione
- Valutazione "esterna" da parte di esperti indipendenti
- Procedure di "accreditamento"



### La ricerca di valutazione di un nuovo servizio/programma/intervento

1. Concettualizzazione e progettazione del programma e della valutazione (valutazione ex-ante)
2. Valutazione dell'implementazione del programma (in itinere)
3. Valutazione dell'utilità (efficacia ed efficienza) del programma (ex-post)



### 1. Concettualizzazione e progettazione del programma (ex ante)

a) Definire il problema oggetto dell'intervento

⇒ chi definisce il problema ? (coinvolgere i beneficiari) (ricerca esploratoria)

b) Analizzare/valutare il problema, i bisogni, le domande

c) Progettare l'intervento

- Contenuti e riferimenti teorici

- Obiettivo da raggiungere (Variabile Dipendente) ⇒ indicatori precisi

- "Target"/Popolazione "bersaglio"

d) Progettare la valutazione



### 1. Concettualizzazione e progettazione del programma (ex ante)

#### Promemoria

##### Valutare

- Sostenibilità e fattibilità
- Supporto istituzionale/ politico
- Tecnologia appropriata
- Capacità istituzionale e imprenditoriale
- Fattibilità economica
- Questioni socio-culturali
- Impatto ambientale
- Questioni etiche

⇒ **Ricerca esploratoria**



### 2. Valutazione dell'implementazione del programma/monitoraggio/ valutazione di processo

Può essere una valutazione "formativa" o "conclusiva"



"Quando il cuoco assaggia la pietanza, è valutazione formativa; quando l'assaggiano gli ospiti, è conclusiva."

⇒ Valutazione formativa: Si può intervenire per migliorare l'implementazione dell'intervento

"Strumenti": osservazione partecipante/non partecipante, rapporti di avanzamento, revisioni del progetto...



### 3. Valutazione conclusiva dell'utilità del programma

- Efficacia : ha funzionato ?
- Efficienza: rapporto costi/benefici  $\Rightarrow$  valutazione economica
- Sostenibilità a lungo termine

#### La valutazione degli interventi :

- Interna vs esterna?
- Quali aspetti etici ?



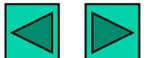
### La valutazione delle psicoterapie

La psicoterapia funziona ? Quale psicoterapia funziona meglio, per quali pazienti, con quali problemi?

Primi approcci alla valutazione:

Carl Rogers, psicoterapia umanistica e centrata sul cliente (1942) ⇒  
analisi osservativa di segmenti della psicoterapia (registrazioni) ⇒  
interazione tra ricerca e pratica clinica

Hans Eysenck (1952) Analizza 19 studi di tipo quasi-sperimentale  
sull'effetto della psicoterapia : i pazienti nevrotici non trattati  
(gruppo di controllo) migliorano più spesso dei pazienti trattati ⇒  
MA disegno sperimentale debole



# la valutazione delle psicoterapie

---

In Psicologia e Psichiatria : elenco delle Terapie Supportate Empiricamente (EST), pubblicato dal 1995 dall'American Psychological Association

Criteri perché una terapia sia inclusa nell'EST :

- Il trattamento si è dimostrato superiore alla condizione senza trattamento (valutazione con Randomized Controlled Trials)
- Il trattamento è stato applicato sulla base di un manuale, su una popolazione definita, utilizzando misure valide e attendibili per valutare i risultati
- L'efficacia del trattamento deve essere dimostrata da almeno due gruppi di ricerca indipendenti

(Crisma e Romito,2002)



# la valutazione delle psicoterapie

---

## Valutazione delle terapie di orientamento psico-analitico vs cognitivo-comportamentale

Un gruppo di esperti presso l'Inserm (Ente nazionale per la ricerca medica e sulla salute, Francia) ha sintetizzato circa 1000 articoli di ricerca

Obiettivo : "aiuto alla decisione" nel campo della salute pubblica

Risultati : le psicoterapie con approccio cognitivo comportamentale sono più efficaci dell'assenza di trattamento

Quasi nessuna efficacia per le terapie con approccio psicanalitico



## la valutazione

---

Efficacia delle psicoterapie, stabilita da una o più meta-analisi o da Randomized Controlled Trials convergenti e di grande potere statistico

### *t. psicoanalitiche*

### *t. cognitive-comport.*

Agorafobia		x
Attacchi di panico		x
Altre fobie		x
Ansia generalizzata		x
Stress post-traumatico		x
Disturbi ossessivi		x
Depressione		x
Bulimia		x
Disturbi della personalità	x	x
Schizofrenia (riabilitazione psico-sociale)		x

Inserm, 2004



## La meta-analisi

Per meta-analisi si intende l'analisi delle analisi ... l'analisi statistica di un ampio insieme di dati tratti da studi singoli, di buona qualità, con lo scopo di integrare i risultati.

Rappresenta un'alternativa rigorosa alla rassegna della letteratura, più discorsiva e meno sistematica, con la quale cerchiamo di sintetizzare e trarre un senso da una letteratura di ricerca in rapida espansione (Glass, 1976).

La prima meta-analisi fu compiuta da Karl Pearson nel 1904, per superare il problema dello scarso potere statistico in studi con piccoli campioni.

La prima meta-analisi in medicina fu pubblicata nel 1955; oggi è molto utilizzata



# Perché valutare gli interventi ?

## Interventi di contrasto alla violenza contro le donne

---

### VIOLENZE DA UN PARTNER O UN EX-PARTNER, IN ITALIA

#### A PARTIRE DAI 15 ANNI, NEL CORSO DELLA VITA

- 19% delle donne ha subito nel corso della vita violenze fisiche o sessuali
- 38% ha subito gravi abusi psicologici (umiliazioni, minacce, ricatti, venir terrorizzate, esser chiuse in casa/fuori casa, forzate a guardare materiale pornografico...)
- 9% ha subito "stalking" (quasi sempre da ex)

Violence against women: an EU-wide survey (2014)



## Perché valutare gli interventi ?

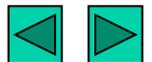
### Interventi di contrasto alla violenza contro le donne

---

Costi sanitari: La violenza contro le donne rappresenta un problema di salute enorme ... A livello mondiale si stima che la violenza sia una causa di morte o di invalidità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti del traffico e della malaria combinati insieme (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1997).

Costi economici: 16,7 miliardi di euro annui il costo totale economico e sociale della violenza contro le donne in Italia (per la prevenzione: 6,3 milioni di euro ([www.weworld.it](http://www.weworld.it) )

La repressione giudiziaria è legittima e necessaria, ma non è sufficiente (arriva quando il danno è fatto) e di fatto non funziona (raramente i maltrattanti sono processati e condannati; il carcere non migliora le persone)



# Interventi di contrasto alla violenza contro le donne: Interventi con i maltrattanti

---

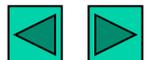
Ormai lunga tradizione negli Stati Uniti, già da alcuni decenni in vari paesi europei, da alcuni anni in Italia (diverse forme di articolazione con la giustizia)

Due tipologie principali:

**Approccio psicoterapeutico**, il maltrattante ha una patologia da curare, l'intervento (individuale o di gruppo) si concentra sull'uomo

**Approccio socio-educativo**, la violenza alle donne è un dato strutturale della società (e non solo una patologia individuale), intervento educativo (di gruppo) :

- riconoscere di aver agito violenza, del danno compiuto su donne e bambini
- solo in subordine: miglioramento delle capacità di empatia, controllo dell'ira ecc.
- Coppia di "coordinatori", donna e uomo
- Molta attenzione alla sicurezza delle donne
- Collaborazione con i Centri anti-violenza



# Valutazione dell'efficacia dei programmi psico-educativi per uomini maltrattanti

---

## FUNZIONANO?

Metanalisi di programmi su indicazione del Tribunale  
(Feder & Wilson, Journal of Experimental Criminology, 2005)

Prime valutazioni (USA, anni '80): risultati molto positivi MA pesanti limiti metodologici

"Attrition" molto elevata dei partecipanti/maltrattanti (dal 30 al 60%)

Seconda fase di valutazioni:

moderati/piccoli effetti positivi (per alcuni programmi, riduzione stimata della violenza del 5%),

presenti limiti metodologici (no gruppo controllo, no randomizzazione, indicatori problematici)

Quali indicatori utilizzare  
per decidere se l'intervento è stato efficace?



## Valutazione dell'efficacia dei programmi psico educativi per uomini violenti

---

Metanalisi di Feder & Wilson: 10 programmi su indicazione del Tribunale (altri programmi non valutabili)

- Effetti positivi se l'indicatore della violenza sono le denunce
- Effetti negativi se l'indicatore della violenza è la valutazione è della donna
- Effetti positivi se il confronto è tra coloro che hanno seguito il programma e i "drop-outs"
- Effetti negativi o nessun effetto se c'è un gruppo controllo

Inoltre: fin dall'inizio, elevato rifiuto di partecipare di aggressori e vittime; campioni spesso "scremati"

⇒ Sintesi: nell'insieme, nessun effetto positivo dimostrabile



## Efficacia dei programmi per uomini violenti

---

L.Feder & D.Wilson, *Journal of Experimental Criminology*, 2005

The findings from this meta-analysis raise questions as to the value of these programs. ... the meta-analysis does not offer strong support that court mandated treatment to misdemeanor domestic violence offenders reduces the likelihood of further re-assault

C.Hagemann-White & S.Bohn,

*Protecting Women against Violence*, 2007, Council of Europe

It is vital reduce violent behaviour of men, but the difficulties are considerable, and the programmes do not substitute for protecting women.

NB: efficacia MA ANCHE efficienza

Perché questi programmi non sembrano funzionare?  
Non hanno un approccio ecologico, non sono multi-livello

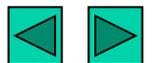


## Convenzione di Istanbul (2011, ratificata dall'Italia nel 2014): promozione di un intervento che non ha dimostrato efficacia (e tantomeno efficienza)

### Articolo 16 – Programmi di intervento di carattere preventivo e di trattamento

- 1 Le Parti adottano le misure legislative e di altro tipo necessarie per istituire o sostenere programmi rivolti agli autori di atti di violenza domestica, per incoraggiarli ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli comportamentali violenti.
- 2 Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per istituire o sostenere programmi di trattamento per prevenire la recidiva, in particolare per i reati di natura sessuale.
- 3 Nell'adottare le misure di cui ai paragrafi 1 e 2, le Parti si accertano che la sicurezza, il supporto e i diritti umani delle vittime siano una priorità e che tali programmi, se del caso, siano stabiliti ed attuati in stretto coordinamento con i servizi specializzati di sostegno alle vittime.

Viene raccomandato un intervento di cui non è stata mostrata l'efficacia!

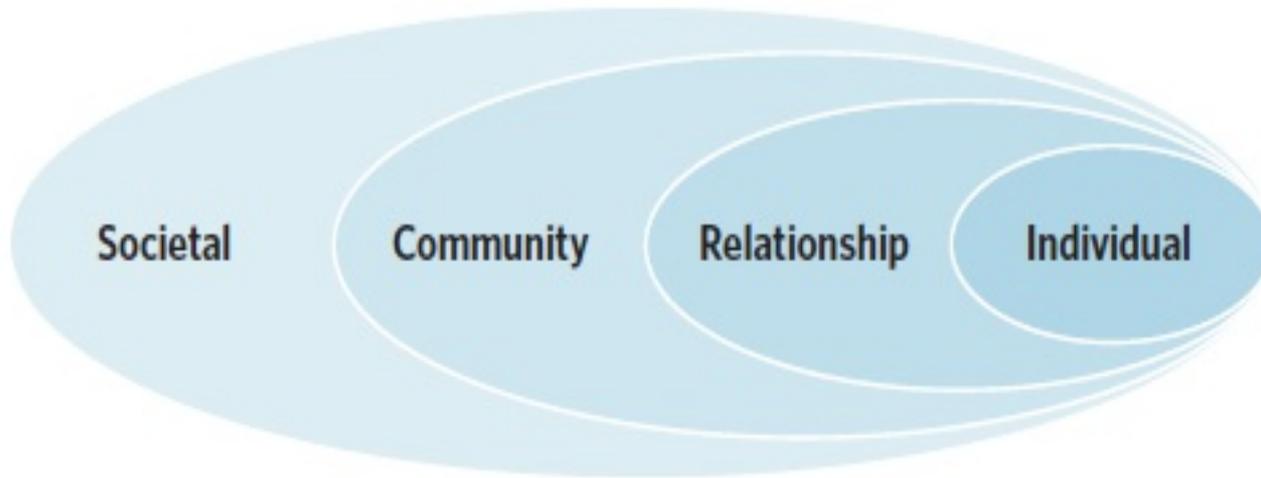


I programmi per maltrattanti **non** hanno un approccio ecologico:  
per questo non funzionano?

---

## Modello ecologico

The ecological model



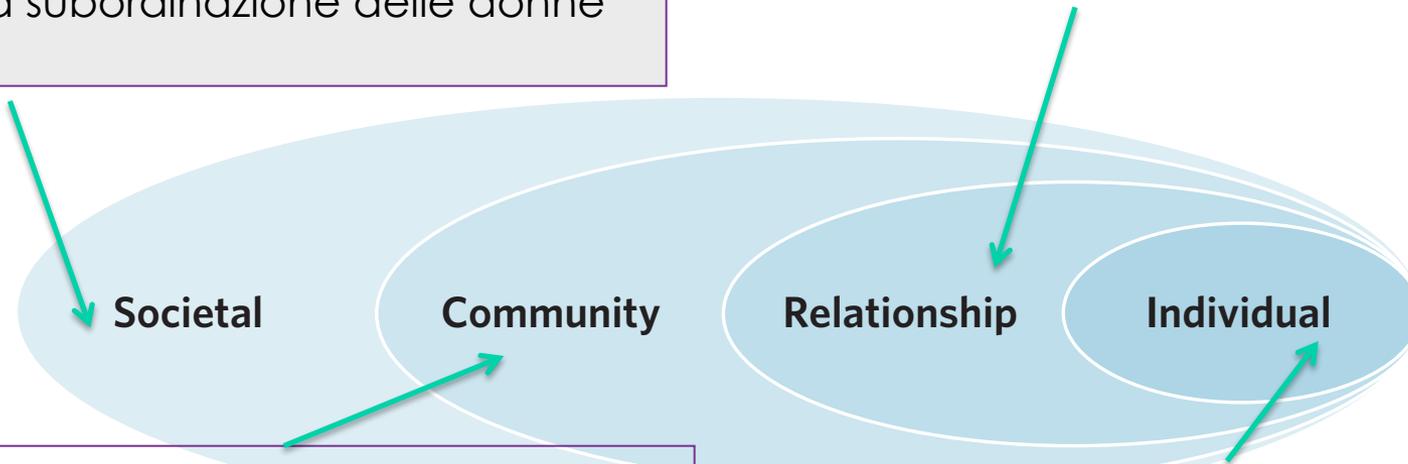
Modello probabilistico (non causale). Permette di incorporare in un unico modello fattori di rischio biologici e psicologici a livello individuale e fattori sociali e culturali  $\Rightarrow$  guida per la prevenzione

# Violenza maschile contro le donne (OMS, 2010)

Modello ecologico (probabilistico, non causale) ⇒ guida per la prevenzione

- ❑ Mancanza di sostegno delle vittime (leggi, centri AV)
- ❑ Norme patriarcali, a sostegno dei ruoli tradizionali
- ❑ Legittimazione della violenza e della subordinazione delle donne

- ❑ Relazioni precoci
- ❑ Possessività, gelosia



- ❑ Disvalore delle donne
- ❑ Legittimazione della violenza
- ❑ Legittimazione mascolinità patriarcale; Sesso a pagamento; Pornografia
- ❑ Scarse sanzioni per gli aggressori
- ❑ Scarsa protezione delle vittime

- ❑ Violenze sulla madre
- ❑ Vittima di violenza
- ❑ Accettazione culturale della violenza
- ❑ Abuso di sostanze (facilitatore)



## Elementi necessari per costruire un "Buon" intervento

---

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la valutazione deve essere parte integrante di ogni nuovo intervento in campo sanitario (prevenzione e promozione della salute, educazione ecc.)

### Elementi necessari per costruire un "Buon" intervento

- Interventi teoricamente fondati, basati su evidenze scientifiche
- Molteplicità dei livelli di azione
- Metodi misti d'insegnamento e coinvolgimento
- "Dosaggio" sufficiente
- Interventi culturalmente pertinenti e rilevanti
- Formazione adeguata dello staff
- Valutazione degli esiti
- Coerenza con le priorità e i bisogni della comunità

Nation et al., 2003



## Alcuni programmi efficaci di prevenzione della violenza alle donne

---

Il micro-credito può essere considerato uno strumento di empowerment delle donne e quindi di prevenzione della violenza del partner?

Risultati contrastanti (effetti negativi o positivi), secondo le circostanze (Heise, 2012). In ambito psico-sociale, la nostra conoscenza è sempre contestualizzata

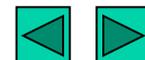
Programma IMAGE (Sud-Africa) (Pronyk et al., 2006)

Approccio ecologico: micro-credito per le donne + intervento formativo di empowerment per le donne + coinvolgimento degli uomini e della comunità

Valutazione rigorosa con metodo sperimentale (villaggi GC e GS, randomizzazione; pre-test e post-test), tecniche miste (osservazione, colloqui, questionari: quantitativo e qualitativo)

Risultati positivi :

- miglioramento economico
- riduzione del 50% della violenza contro le donne



# Efficacia di alcuni programmi di prevenzione della violenza alle donne

---

Rischio elevato di suicidio tra i/le militari dell'Air Force (USA)

→ Programma di prevenzione nella US Air Force (Knox et al., 2003)

Approccio multilivello. Incoraggiare le manifestazioni di sofferenza e la richiesta di aiuto: riduzione stigma, opportunità per chiedere aiuto, formazione dei dirigenti, disponibilità di servizi, misure legali

- GC: arruolati 1990-96 (non esposti al programma)
- GS: arruolati 1997-2002 (esposti al programma)

Valutazione con metodo quasi-sperimentale: comparazione tra GC e GS (studio di coorte)

Risultati positivi :

- diminuzione del 33% tasso suicidi
- riduzione del 54% della violenza grave contro le mogli/compagne, riduzione del 30% della violenza "moderata", leggero aumento della violenza "lieve"



**Table 1** US Air Force (USAF) suicide prevention programme and associated policies (Air Force Instructions (AFIs))

<b>Initiatives and mandated policy</b>	<b>Action</b>	<b>Tracking indicators</b>
I Leadership involvement (AFI 44-154 <i>Suicide and Violence Awareness and Education and Training</i> )	Leader awareness education and training (squadron commander courses)	Messages from USAF Chief of Staff delivered every 3-6 months to all installation commanders reminding them of importance of suicide prevention and encouraging them to actively promote protective factors, identify risk factors, and encourage personnel not to fear seeking help
II Dealing with suicide through professional military education (AFI 44-154 <i>Suicide and Violence Awareness and Education and Training</i> )	Incorporate suicide prevention into professional military education curriculums through required training	Tracking of training, assessment of skills and knowledge of basic suicide and violence risk factors, intervention skills, and referral procedures for people potentially at risk
III Guidelines for commanders: use of mental health services AFPAM 44-160 <i>The Air Force Suicide Prevention Program</i>	Improve referrals of active duty members for evaluation of mental health through emphasising that commanders and mental health professionals are partners in improving duty performance	Annual briefings to commanders included resources for referral to mental health, substance abuse, family advocacy, or emergency evaluation (as of 2003, resources accessible through AF website for commanders)
IV Community preventive services (AF Manual 168-695)	Increase preventive functions performed by mental health personnel	Provide one full time equivalent member of staff for community based preventive services at every mental health work centre
V Community education and training (AFI 44-154 <i>Suicide Prevention Education and Community Training</i> )	Required training at two levels for non-professionals in basic suicide factors, intervention skills, and referral procedures for people potentially at risk	Non-supervisory "buddy care" training for all personnel and leadership/supervisory training for unit gatekeepers
VI Investigative interview policy (hands-off policy)	Changes in policies to ensure individuals under investigation for legal problems (risk for suicide) are assessed for suicide potential	AF Chief of Staff signed policy letter in 1996; no suicides have resulted since due to agencies failing to comply
VII Critical incident stress management (CISM) (AFI 44-153 <i>Critical Incident Stress Management</i> )	Establishment of a multidisciplinary CISM team to respond to traumatic events, including completed suicides	All installations now have multi-disciplinary CISM teams composed of mental health providers, medical providers, and chaplains.
VIII Integrated delivery system (IDS) for human services prevention, chartered as a standing subcommittee of (AF CAIB AFI 90-500 <i>Community Action Information Boards</i> )	Establishment of seamless system of services across multidisciplinary human services prevention activities which functions to provide centralised information (I) and referral (R) and collaborative marking of IDS I and R and preventive services	Increase protective factors and decrease behavioural risk factors through eliminating duplication, overlap, and gaps in delivering prevention services. Core membership includes but not limited to family advocacy programme, family support, health promotion/health and wellness centres, mental health clinics, child and youth programmes, and chaplains
IX Limited patient privilege (AFI 44-109 <i>Mental Health, Confidentiality and Military Law</i> )	Established psychotherapist-patient privilege for individuals at risk for suicide as means to promote help seeking behaviour	Confidentiality encourages help seeking behaviour; especially in cases undergoing disciplinary action where information revealed to mental health provider is not used in judicial action
X Behavioural health survey	Tool for assessing behavioural health aspects of unit available to any commander	In 1999 survey 73% of commanders reported suicide was top item of interest to understand how to promote behavioural health strengths and respond to needs of their units
XI Suicide event surveillance system	Central surveillance database	Tracks psychological, social, and behavioural risk factors

