

# La Carta di Padova 2026

## Verso un approccio sanitario integrato *alla violenza*

### La premessa

La violenza, definita come

*“uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, contro sé stessi, contro un'altra persona o contro un gruppo o una comunità, che comporta o ha un'alta probabilità di comportare lesioni, morte, danni psicologici, disturbi dello sviluppo o danni da privazioni”<sup>1</sup>*

è riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una priorità di salute pubblica.

L'utilizzo della parola “potere” amplia la natura dell'atto violento includendo sia minacce e intimidazioni sul piano psicologico che atti di omissione e trascuratezza. Vanno infatti considerati come violenti anche gli atteggiamenti di negligenza, abbandono e/o trascuratezza verso le persone fragili o più vulnerabili quali bambine e bambini, persone con disabilità e anziane.

In questa prospettiva, la violenza si configura come un fenomeno clinico-sanitario complesso, che comprende un'ampia varietà di manifestazioni riconducibili a un'entità nosologica comune. Essa richiede pertanto che i sistemi sanitari la pongano sotto tutela e sorveglianza, al pari di altre condizioni che incidono sulla salute individuale e collettiva.

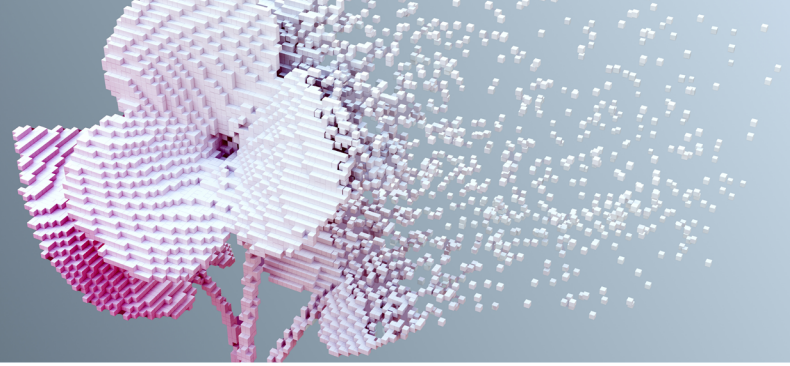
Poiché il denominatore comune di ogni atto violento è il danno fisico o psichico (*injury*), gli ospedali, gli ambulatori e i servizi sanitari territoriali rappresentano per le vittime il primo punto di contatto con il sistema sanitario: uno spazio neutrale e accessibile, in cui la persona può essere riconosciuta, ascoltata e presa in carico. Essi costituiscono dunque un nodo strategico nella rete di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e protezione.

### La proposta

La violenza, considerata in termini di impatto sulla salute e sui sistemi sanitari, implica un insieme di dimensioni culturali, professionali, esperienziali, comportamentali, procedurali, etiche e organizzative, strettamente correlate tra loro.

---

<sup>1</sup> *“The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation.” (WHO, 2002)*



Data la rilevanza del fenomeno - in crescita, in trasformazione e ancora largamente sottostimato - e la necessità di documentarlo e governarlo, è urgente ricondurre tutti questi aspetti a un fattore comune di valenza strategica.

L'elemento chiave per rispondere a questa istanza è il riconoscimento della necessità di istituire

### **un approccio sanitario integrato alla violenza**

ovvero una rilettura della violenza in chiave sanitaria da fondare su solide basi scientifiche e professionali.

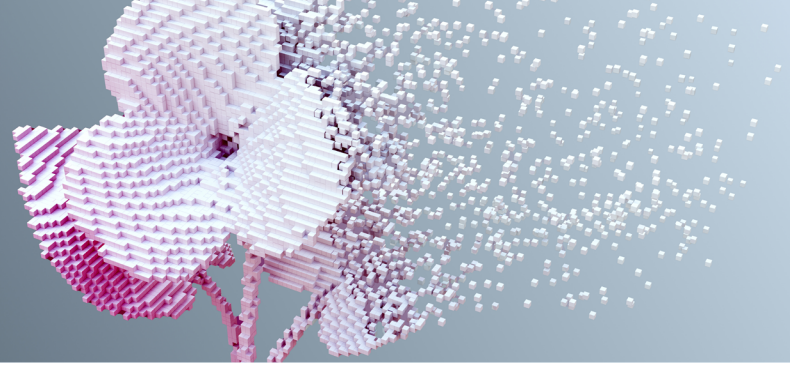
## **Il razionale**

### **1. Un quadro clinico nosologico complesso e autonomo**

I numerosi e diversi quadri clinici riconducibili alla violenza quale causa esterna di malattia, variabili per età, sesso, genere, stato di salute preesistente, contesto socio-culturale e tipologia dell'atto lesivo, condividono una base comune tale da poterli ricondurre ad un'unica entità nosologica complessa.

Gli elementi comuni di questa entità includono:

- **etiologia multifattoriale**, spesso non immediatamente evidente o dichiarata
- **fattori di rischio** individuali, familiari, comunitari e sociali specifici
- **possibile natura eredo-familiare**, il maltrattante è spesso una persona che, a sua volta, è stata maltrattata
- **possibile natura "contagiosa"**, la violenza può manifestarsi come fenomeno relazionale, presente tra membri di uno stesso gruppo o nucleo familiare e/o comunità di appartenenza
- **fisiopatologia specifica del danno**, legata a una combinazione di *noxae* patogene esogene (forze cinetiche, traumi) ed endogene (alterazioni dell'asse dello stress)
- **impatto sui processi biologici, genetici, fisici, psichici ed evolutivi**, a loro volta causa di danni a breve e lungo termine, potenzialmente gravi e non di raro fatali
- **esordi clinici subdoli**, spesso associati a sintomi e segni aspecifici, che richiedono diagnosi precoce, personalizzata e di precisione
- **decorso frequentemente cronico e recidivante**
- **prognosi potenzialmente grave o infausta**
- **approccio diagnostico multidisciplinare e multiprofessionale**, finalizzato ad una valutazione clinica estesa oltre il danno acuto, seguendo algoritmi diagnostici differenziati per età, sesso e genere, al fine di "stadiare" correttamente il danno, definire precise raccomandazioni terapeutiche, riabilitative, di protezione, formulare un giudizio prognostico e soddisfare le appropriate procedure normative
- **necessità di una presa in carico globale**, che includa la vittima, il maltrattante e spesso l'intero nucleo familiare e/o la comunità di appartenenza
- **suscettibilità a interventi di prevenzione primaria e secondaria.**



## 2. Un bagaglio culturale e professionale specialistico

L'approccio clinico a individui esposti a violenza richiede un bagaglio di conoscenze culturali, professionali, esperienziali e relazionali, sostenuto da un solido impianto etico e deontologico.

Costitutivo è il rapporto con la medicina legale, le forze dell'ordine e la magistratura, oltre che le realtà psico-sociali operanti sul territorio, che rende necessario l'avere competenze di alto profilo specialistico e la conoscenza di specifiche procedure normative.

## 3. Assetti organizzativi e gestionali dedicati

La presa in carico globale delle persone esposte a violenza necessita di soluzioni organizzative, gestionali e strutturali dedicate, integrate per età, sesso e genere, in grado di garantire continuità d'azione tra ospedale e territorio, tra area pediatrica e dell'adulto, tra sanità e servizi sociali.

A gestirle devono essere équipe multispecialistiche e multiprofessionali dedicate afferenti a strutture sanitarie pubbliche e/o private accreditate.

## 4. Un'entità nosologica "orfana"

La violenza, letta in chiave di salute e sanità pubblica, appare come un fenomeno orfano di:

- studi e ricerca
- dati epidemiologici certi
- personale sanitario esperto
- centri di riferimento ospedalieri
- modelli gestionali e organizzativi
- programmi educativi-formativi
- politiche sanitarie organiche specifiche.

Tale condizione giustifica l'urgenza di un'azione sistemica e coordinata.

### Le azioni necessarie

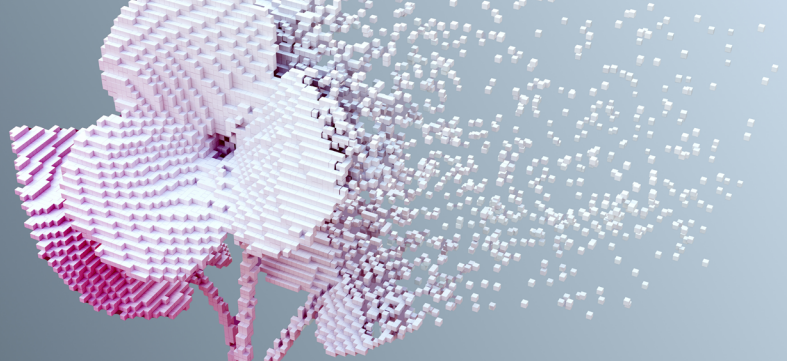
Per costruire e implementare *approccio sanitario integrato alla violenza* è necessario un impegno collettivo, articolato e di medio-lungo periodo, da parte di tutti gli attori istituzionali coinvolti.

#### 1. A livello accademico e formativo si chiede di:

- inserire, moduli dedicati all'approccio sanitario integrato alla violenza nei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie, nei curricula delle Scuole di Specializzazione di Area Medica e nei Master dedicati.

#### 2. A livello istituzionale si chiede di:

- includere nei Piani Sanitari Nazionali e Regionali indirizzi di politica sanitaria e programmi operativi specifici sulla violenza come tema di salute pubblica
- istituire osservatori per la raccolta sistematica dei casi di violenza (anche mediante revisione dei sistemi DRG)
- definire misure di controllo e valutazione dell'impatto delle politiche attuate
- allocare risorse proporzionate alla dimensione del fenomeno.



### 3. A livello operativo si chiede di:

- istituire servizi intra ed extra ospedalieri e spazi dedicati, con soluzioni logistiche idonee e riconoscibili
- costituire équipe multispecialistiche e multiprofessionali dedicate, anche inter-aziendali, integrate con il mondo giuridico e sociale
- elaborare percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi comuni tra ospedale e territorio e programmi di reinserimento sicuro nel contesto sociale
- attivare programmi di formazione continua e sensibilizzazione del proprio personale.

### 4. A livello ricerca e divulgazione si chiede:

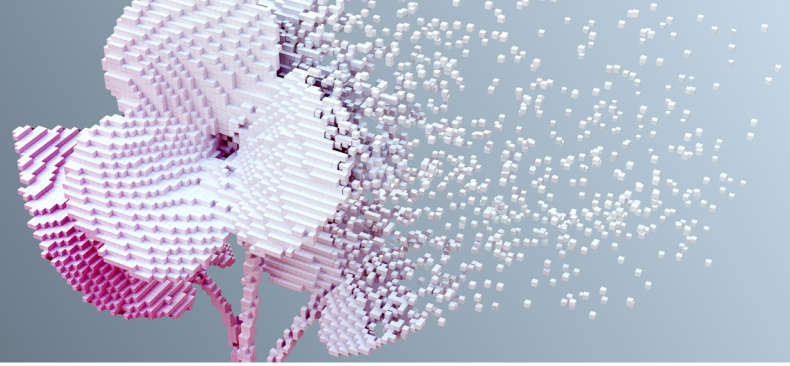
- agli **enti finanziatori della ricerca biomedica** di attivare programmi di sostegno a studi sull'impatto della violenza sulla salute umana e sui sistemi sanitari
- **all'Università e gli Istituti di ricerca** di promuovere e coordinare tali attività in sinergia con gli organi di Governo e le Istituzioni Sanitarie
- **al mondo sanitario** nella sua più ampia articolazione, di farsi promotore, in sinergia con tutte le altre istituzioni nazionali (Ministero della Salute, Ministero dell'Università e della Ricerca, Ministero della Giustizia) e regionali coinvolte, di campagne di informazione, sensibilizzazione, educazione e prevenzione, rivolte in particolare alla popolazione giovanile.

## Conclusioni

La Carta di Padova 2026 rappresenta un appello alla partecipazione, alla responsabilità e all'azione.

SI CHIEDE al mondo della sanità, della formazione, della ricerca e della programmazione pubblica di affiancarsi, per quanto di competenza, alle realtà della società civile impegnate nel contrasto alla violenza.

Riconoscere l'approccio sanitario integrato alla violenza significa dare forma scientifica e politica a una necessità reale di salute pubblica, che consiste in prevenire, curare e restituire dignità alla persona e alla collettività.



**Primi firmatari (in ordine alfabetico):**

- **Prof. Eugenio Baraldi**, Professore ordinario di Pediatria, Direttore Dipartimento Salute Donna e Bambino, Università di Padova
- **Prof.ssa Giovanna Boccuzzo**, Professoressa ordinaria di Statistica Sociale, Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Padova.
- **Dr.ssa Fabiola Bologna**, Dirigente Medico Neurologo, ATS Bergamo, già Segretario Commissione Sanità Camera dei Deputati, XVIII Legislatura
- **Dr.ssa Martina Bua**, UOC Psicologia Ospedaliera, Centro per la Diagnostica del Bambino Maltrattato, Azienda Ospedale-Università Padova
- **Dr. Vito Cianci**, Medico d'urgenza, Specialista in Geriatria, Direttore UOC Accettazione e Pronto Soccorso, Azienda Ospedale-Università di Padova
- **Prof.ssa Liviana Da Dalt**, Professore ordinario di Pediatria, Università di Padova, Presidente Fondazione Salus Pueri
- **Prof. Luca Fabris**, Professore associato di Gastroenterologia, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Padova
- **Prof. Giorgio Perilongo**, Ricercatore senior, già Professore ordinario di Pediatria, Università degli Studi di Padova
- **Dr.ssa Cristina Ranzato**, Genetista, Epidemiologa, Centro Regionale per la diagnostica del Bambino Maltrattato, DIDAS Salute Donna e Bambino, Azienda Ospedale-Università Padova
- **Prof. Rosario Rizzuto**, Professore ordinario, Presidente del Centro nazionale per lo sviluppo di terapia genica e farmaci con tecnologia a RNA, Direttore Dipartimento Scienze Biomediche, Università degli Studi di Padova
- **Dr.ssa Melissa Rosa-Rizzotto**, Specialista in Medicina di Comunità, Responsabile Centro Regionale per la diagnostica del Bambino Maltrattato, DIDAS Salute Donna e Bambino, Azienda Ospedale-Università Padova
- **Prof. Stefano Sartori**, Professore ordinario di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento Salute Donna e Bambino, Università degli Studi di Padova
- **Prof. Paolo Simioni**, Professore ordinario di Medicina Interna, Direttore del Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Padova
- **Prof. Vittorio A. Sironi**, Neurochirurgo, Storico della Medicina e della Sanità, Antropologo, Università degli Studi di Milano-Bicocca
- **Prof.ssa Gaya Spolverato**, Professoressa associata di Chirurgia, Direttrice UOC Chirurgia Generale Padova Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Oncologiche e Gastroenterologiche 3 Azienda Ospedale-Università, Delegata della Magnifica Rettore alle Politiche per la Pari Opportunità, Università degli Studi di Padova
- **Dr. Michele Tessarin**, Direttore sanitario Azienda Ospedale-Università Padova
- **Elisabetta Tono**, Infermiera, Centro Regionale per la diagnostica del Bambino Maltrattato, DIDAS Salute Donna e Bambino, Azienda Ospedale-Università Padova